



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DE**  
**COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL - EICOS**

**O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO CONTEXTO**  
**DA SOCIEDADE TECNOCIENTÍFICA CONTEMPORÂNEA**

**TAMARA QUEIROZ COSTA SILVA**

Rio de Janeiro  
2017

TAMARA QUEIROZ COSTA SILVA

O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO CONTEXTO DA  
SOCIEDADE TECNOCIENTÍFICA CONTEMPORÂNEA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Szapiro

Rio de Janeiro

2017

S586 Silva, Tamara Queiroz Costa.  
O discurso de humanização do parto no contexto da sociedade  
tecnocientífica contemporânea / Tamara Queiroz Costa Silva. Rio de  
Janeiro, 2017.  
77f.

Orientadora: Ana Maria Szapiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia  
de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2017.

1. Humanização dos serviços de saúde à maternidade. 2. Parto  
humanizado. 3. Humanização da assistência. I. Szapiro, Ana Maria. II.  
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 362.19824

FOLHA DE APROVAÇÃO

O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO CONTEXTO DA  
SOCIEDADE TECNOCIENTÍFICA CONTEMPORÂNEA

TAMARA QUEIROZ COSTA SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

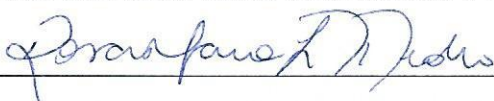
Aprovada em 15/05/2017

Banca Examinadora

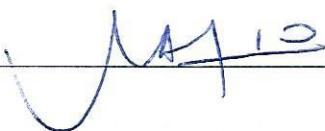
Profª. Dra. Ana Maria Szapiro

  
\_\_\_\_\_

Profª. Dra. Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro

  
\_\_\_\_\_

Profª. Dra. Mariama Augusto Furtado

  
\_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Ana Maria Szapiro, minha orientadora, por todo auxílio, compreensão e inspiração. Obrigada por poder contar com você ao longo de todos esses anos. Obrigada por apostar em mim enquanto pesquisadora e por despertar o interesse pela vida acadêmica! Sua dedicação e inquietação nos inspiram a buscar sempre mais.

À querida professora Rosa Pedro, por aceitar o convite e o desafio de fazer parte da banca, tanto da qualificação, quanto da defesa, e pela contribuição através das sugestões e questões levantadas.

À Mariama Furtado, por toda a troca e parceria ao longo dos anos no grupo de pesquisa, e por aceitar com tanto carinho compor a banca da defesa e contribuir com a dissertação.

Ao Bernardo, meu grande companheiro e incentivador, que há tantos anos me acompanha na jornada da vida dando suporte e apoio incondicionais. Obrigada por entender todas as minhas necessidades durante a realização deste trabalho, desde puxões de orelha a carinho e palavras de incentivo. Obrigada por ser meu porto seguro!

Aos meus pais Terezinha e Regner, por todo afeto, incentivo, e por sempre acreditarem em mim. Obrigada por despertarem a curiosidade e a persistência, que são o meu combustível. Sem vocês nada disso seria possível!

Aos meus irmãos Mariah e Mateus, por desde cedo me apresentarem a diferentes perspectivas. Obrigada pela disponibilidade para a troca, por alimentarem meu interesse em querer aprender sempre mais e me tirarem do lugar comum.

À minha grande amiga da faculdade, da vida e do mestrado, Nina, por dividir mais esse momento importante de nossas vidas. Obrigada por compartilhar angústias, conquistas, aulas, textos, alegrias... enfim, obrigada por toda troca, amizade e cumplicidade maravilhosa que temos!

À minha outra grande amiga da faculdade, Carolina, por ser tão atenta e generosa. Obrigada por todo suporte, carinho e ouvidos atentos.

Aos familiares e, poucos e bons, amigos que acompanharam o processo dessa dissertação. Agradeço as palavras de carinho, a preocupação, o incentivo e a compreensão necessária nas minhas ausências.

À Sonia Batista (*in memorium*), por apostar no meu potencial enquanto ainda estava na graduação. Agradeço pela importância que teve em minha formação profissional.

À Camila, pela parceria que ultrapassou os limites do grupo de pesquisa. Obrigada pelas palavras de conforto, pela troca, por todas as conversas sobre vida profissional e por todas as dúvidas sanadas ao longo desses anos.

À CAPES, por financiar esta pesquisa ao longo de todo o curso de Mestrado.

## RESUMO

A assistência ao parto no Brasil há algumas décadas tem sido objeto de discussão, devido ao grande número de intervenções realizadas e ao fato de o país ser considerado o líder mundial em número de cesarianas por ano. Neste cenário, o discurso de humanização do parto surge questionando o excesso de intervenções e propondo que o nascimento deve ser compreendido como evento natural e familiar, como próprio aos recursos fisiológicos da mulher. Esta dissertação analisa este discurso no contexto da sociedade tecnocientífica contemporânea tomando as concepções de assistência ao parto hoje e considerando a crítica que o discurso de humanização faz à medicalização do parto. Procedemos a uma revisão bibliográfica das pesquisas publicadas sobre o tema contendo no título os descritores *humanização* e *parto* nas bases de dados Scielo, LILACS e Portal CAPES. Nesta análise, apoiamos-nos na leitura de autores nos campos da Psicanálise, da Filosofia e da Sociologia, e de obras publicadas sobre o tema da assistência ao parto no Brasil e sobre o parto humanizado. A análise das pesquisas nos permitiu identificar um campo de tensões e contradições no discurso de humanização na sociedade tecnocientífica contemporânea, principalmente no que diz respeito ao discurso de oposição ao parto enquanto ato médico, à discussão sobre o protagonismo da mulher e à necessidade de respeitar a fisiologia do parto.

Palavras-chave: Humanização; Parto; Contemporaneidade; Sociedade tecnocientífica.

## **ABSTRACT**

A few decades ago the childbirth assistance in Brazil has been object of discussion, due to a large number of interventions and due to the fact that the country is the first in number of cesarean deliveries per year. In this scenario, the speech of humanization of childbirth is questioning the excessive interventions and proposes that birth must be understood as a natural and familiar event, as belonging to the physiological resources of woman. This essay examines this speech in the context of contemporary technoscientific society analysing the concepts of childbirth assistance today, and considering the criticism that the speech of humanization makes to the medicalization of childbirth. We prepared a literature review of published research papers about the topic that contained the descriptors humanization and childbirth in Scielo, Lilacs and CAPES. In the analysis, we used authors of the fields of Psychoanalysis, Philosophy, and Sociology, and published works on the topic of pregnancy and childbirth in Brazil and on natural childbirth. This analysis allowed us to identify a field of tensions and contradictions in the speech of humanization in the contemporary technoscientific society, especially in regard to the speech of opposition to childbirth as a medical act, the discussion about the protagonism of woman, and the necessity to respect the physiology of childbirth.

Key-words: Humanization; Childbirth; Contemporary; Technoscientific Society.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL.....	15
1.1. O partejar como tradição feminina.....	15
1.2. O parto como ato médico: a emergência de um novo discurso.....	17
1.2.1. <i>O saber científico: o surgimento de uma medicina moderna</i> .....	17
1.2.2. <i>A descrição científica da diferença sexual</i> .....	20
1.2.3. <i>O parto entra no hospital</i> .....	22
1.3. A tecnologia da assistência ao parto.....	26
CAPÍTULO 2 - MODERNIDADE: MATERNIDADE EM TRANSFORMAÇÃO.....	29
2.1. O feminino e a maternidade: a “mulher freudiana”.....	31
2.2. Século XX: o contexto do movimento Feminista, a maternidade e os direitos reprodutivos.....	34
CAPÍTULO 3 - A CONTEMPORANEIDADE: SOCIEDADE TECNOCIENTÍFICA, PRIMAZIA DA TÉCNICA E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	36
3.1. Sociedade tecnocientífica e sujeito pós-moderno.....	36
3.2. A primazia da técnica: o advento da procriação assistida.....	40
3.3. A humanização na saúde.....	42
3.3.1. <i>Humanização do parto: uma “nova proposta” de assistência, o protagonismo da mulher</i> .....	45
CAPÍTULO 4 - O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	50
4.1. O novo discurso de protagonismo da mulher.....	50
4.1.1. <i>Acolhimento e garantia de direitos</i> .....	52
4.2. O retorno à visão de naturalização do ato de parir.....	53
4.3. Tensões e controvérsias do discurso de humanização do parto na sociedade tecnocientífica contemporânea.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	67
ANEXO I.....	78

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte de uma trajetória de investigação acerca do mundo contemporâneo, bem como das transformações subjetivas consequentes à primazia do paradigma científico tal como hoje se conforma na atualidade. O caminho de pesquisa e investigação que venho percorrendo, desde o fim da graduação, passando pela Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, e agora no Mestrado, busca aprofundar o debate em curso acerca das diferentes questões que envolvem a mulher na contemporaneidade. A questão deste estudo vai de encontro ao trabalho desenvolvido na Residência, em 2014, onde investiguei os efeitos do discurso da ciência no caso da prevenção ao HIV de mulheres heterossexuais em relacionamento estável.

No estágio que fiz durante a graduação na maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, e como psicóloga residente na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tive a oportunidade de conhecer mais sobre a assistência ao parto no Rio de Janeiro, despertando a vontade de compreender melhor as questões que permeiam este acontecimento na vida das mulheres. Nos atendimentos realizados percebi o quanto a assistência ao parto influencia a vida das mulheres e de seus filhos. Entretanto, o que realmente provocou grande inquietação e curiosidade foi a crescente divulgação do que se denomina hoje como “parto humanizado”.

Na Residência conheci o trabalho realizado na Casa de Parto David Capistrano da Costa Filho, inaugurada em 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Rattner et al, 2010). Nesta oportunidade fui apresentada a perspectiva da humanização do parto e aprendi um pouco sobre seus objetivos e princípios. A partir de então, passei a pesquisar este movimento, fiz contato com profissionais de saúde envolvidos na divulgação e militância do mesmo. Assim, acabei me familiarizando com o discurso de humanização do parto a partir da experiência de algumas enfermeiras obstetras e dos relatos de algumas mulheres grávidas que optaram por esse modelo de assistência ao parto.

Desde então, comecei a questionar as circunstâncias que contribuíram para o surgimento do modelo de parto humanizado e, principalmente, as condições de possibilidade desse discurso na sociedade contemporânea. Buscamos analisar, nesta dissertação, o discurso de humanização do parto no contexto de uma sociedade tecnocientífica contemporânea, situando as concepções de assistência ao parto hoje, compreendendo-o como ato médico.

Ao sublinharmos a necessidade de compreender a assistência ao parto como ato médico, tomamos conceitualmente esta assistência como parte de um discurso médico científico, no sentido de uma sociedade que se organiza medicamente, não sendo propriamente um saber “da Medicina”. Ou seja, a assistência ao parto diz respeito a um modo de organização subjetiva, como Clavreul (1983) assinala. Neste sentido, investigamos a proposta do parto humanizado frente ao discurso científico que subsidia as práticas de intervenção médica, neste caso, o ato de parir, levando em consideração a crítica do discurso de humanização à medicalização do parto. Assim, alguns questionamentos serviram como mola propulsora da pesquisa: a proposta de humanização do parto visaria construir uma compreensão do ato de parir como um ato “fora” do ordenamento médico? Que princípios norteiam este discurso de humanização do parto? O que se considera como a humanização do parto?

A assistência ao parto tem sido, há algumas décadas, objeto de discussão no Brasil, uma vez que o país é considerado o líder mundial em número de cesarianas por ano (Pulhez, 2013). Devido ao elevado número de cesáreas, o parto passou a ser um evento amplamente pesquisado, com diversos estudos, revisões e recomendações publicadas (Théubad, 2002; Seibert et al, 2005; Teixeira & Bastos, 2009; Moura, Lopes & Santos, 2009; Rattner et al, 2010). A assistência ao parto vem sendo questionada por profissionais de saúde, mulheres e ativistas, que entendem que o modelo atual de assistência produziria inúmeras situações de violência, tanto para a mulher quanto para o bebê, levando em consideração o grande número de intervenções.

O movimento questionador da assistência ao parto, propositivo no que diz respeito ao modelo a ser seguido, é o movimento do parto humanizado. Esse movimento surge, no Brasil, influenciado por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, na década de 1970. O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN), como é denominado, ganha força com a criação da REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, em 1993, e passa a desenvolver estudos sobre o nascimento no país. Vale ressaltar que o movimento tem como base a Medicina Baseada na Evidência (MBE) e compreende que o nascimento é um evento fisiológico, pessoal e familiar (Diniz, 2005).

A grande crítica ao modelo assistencial predominante no Brasil, feita pelo discurso de humanização do parto, diz respeito ao que Davis-Floyd denominou de modelo tecnocrático da assistência ao parto (Tornquist, 2003). A humanização compreende que a forma contemporânea de assistência às mulheres em trabalho de parto utiliza tecnologias e

intervenções desnecessárias, uma vez que a própria mulher possui recursos biológicos e fisiológicos para parir. Assim, o discurso de humanização do parto vem crescendo a alguns anos denunciando e propondo uma nova forma de assistência, focada nos recursos fisiológicos da mulher, com atendimento humanizado – ou seja, que leve em consideração a autonomia e protagonismo da mulher, seus desejos e individualidade, proporcionando um atendimento integral –, e com intervenções que visem apenas o bem-estar da criança e da mulher.

Sendo assim, estudos foram desenvolvidos no sentido de defender a legitimidade do parto humanizado, dos benefícios para a criança e para a mulher, e afirmando a necessidade de mudança de paradigma na assistência ao parto (Santos, 2002; Tornquist, 2004; Diniz, 2005; Dias & Deslandes, 2006; Rattnet et al, 2010). Outras pesquisas foram desenvolvidas analisando o movimento e a repercussão do seu discurso no que diz respeito à criação e reforço da naturalização do papel da mulher enquanto mãe na sociedade (Tornquist, 2002; Pulhez, 2013; Alzuguir & Nucci, 2015).

Esta dissertação propõe analisar este discurso do parto humanizado considerando sua repercussão no contexto das nossas sociedades, contexto marcado pela primazia do discurso tecnocientífico. Tomamos como referência, para o entendimento deste contexto, o que Lyotard (2013) denominou como o surgimento de uma nova condição, a “condição pós-moderna”. Pretendemos compreender a origem e desenvolvimento do discurso de humanização do parto a partir desta nova condição apontada pelo autor.

Como metodologia de análise procedemos a uma revisão bibliográfica de pesquisas publicadas recentemente relativas ao tema. Tomando a humanização do parto como norteadora da busca, acessamos as bases de dados Scielo, LILACS e Portal CAPES. Na pesquisa realizada, nas bases de dados citadas, encontramos um total de oitenta e nove (89) estudos, que continham no título os descritores *humanização* e *parto*, dentre esses: artigos, teses e dissertações. Após excluir os trabalhos indisponíveis on-line, duplicados e as resenhas de livros, chegamos a um total de trinta e sete (37) estudos, distribuídos conforme a tabela do Anexo I.

Na investigação sobre o discurso de humanização do parto, além das pesquisas encontradas nas bases de dados, consultamos igualmente obras publicadas sobre o tema da assistência ao parto no Brasil e sobre o parto humanizado. Na análise que empreendemos sobre o tema, nos apoiamos nas contribuições do campo da Psicanálise, da Filosofia e da Sociologia de modo a examinarmos o contexto de surgimento do discurso de humanização

do parto, em uma época amplamente marcada por inúmeras transformações sociais e por mudanças no estatuto do saber como assinaladas por Lyotard (2013).

Quanto ao trabalho de análise do discurso de “humanização do parto” nossa referência é Bakhtin (2002). Para o autor, o signo é um elemento de natureza ideológica. Em suas palavras: “tudo que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo, [...], tudo que é ideológico é signo. Sem signos não existe ideologia” (Bakhtin, 2002, p. 31). Ele assinala que os signos emergem num terreno interindividual, portanto, no interior das relações sociais. Desta forma, o signo se vê marcado pelo que o autor chama de “horizonte social de uma época” de um grupo social determinado (Amorim, 2004).

Para Bakhtin (2002) o signo emerge a partir da interação humana, da troca, das relações que são construídas ao longo da existência. Portanto, está presente em tudo que diz respeito ao homem, seus discursos e suas produções. Essa perspectiva analítica é extremamente importante para este trabalho uma vez que, a partir desse referencial, poderemos aprofundar o olhar acerca do entrecruzamento ideológico dos signos que tornaram possível a construção de um discurso de humanização do parto no contexto da sociedade tecnocientífica. Deste modo, buscamos compreender este discurso a partir de suas conexões, relações, signos e particularidades.

A dissertação é composta por quatro capítulos. No primeiro capítulo, fazemos um pequeno histórico da assistência ao parto no Brasil. Para isso, analisamos o percurso da assistência ao parto desde a época em que era uma tradição feminina até a apropriação do mesmo pelo discurso científico. Nessa análise, levamos em consideração as transformações no parto com o advento da medicina moderna e pelo discurso científico sobre o corpo da mulher.

No segundo capítulo, tratamos das transformações na concepção da maternidade na modernidade no século XX. Destacamos, neste caso, a importância da obra freudiana quanto ao modo como a questão do feminino e da maternidade ali se articulam, chamando atenção para a marcante influência e ecos das concepções da Psicanálise ao longo do século XX. Neste sentido, destacamos nesta época o papel das lutas e dos movimentos feministas que introduziram vasta discussão sobre a relação entre mulher e maternidade, desde o trabalho de Simone de Beauvoir (1949) até a atualidade.

No terceiro capítulo, examinamos as consequências do que Lyotard (2013) identifica como surgimento de uma nova condição, a condição pós-moderna, cuja

característica marcante é a emergência das sociedades tecnocientíficas, marcadas por uma primazia da técnica sobre a ciência, sustentadas por uma visão pragmática do mundo, onde o conhecimento será medido em termos da sua funcionalidade. Analisamos então, como contraponto à primazia da tecnociência o surgimento, neste contexto, do movimento de humanização na saúde e do discurso de humanização do parto.

No quarto capítulo, apresentamos a pesquisa bibliográfica sobre o tema da humanização do parto, buscando então, confrontar o discurso de humanização do parto quanto aos seus propósitos no contexto atual, ou seja, da sociedade contemporânea tecnocientífica.

## **CAPÍTULO 1 - A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL**

### **1.1. O partejar como tradição feminina**

Martins (2004) salienta que o “parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico” (p. 67). Parto e nascimento são eventos ao mesmo tempo biológicos, culturais e individuais, uma vez que cada mulher dá à luz de forma distinta, de acordo com seu contexto histórico, sua cultura particular e suas experiências pessoais (Tornquist, 2004).

Ao nos debruçarmos sobre o tema do partejar encontramos informações de que, até meados do século XIX, o mesmo era uma tradição exclusiva de mulheres, onde as parteiras, conhecidas popularmente como “aparadeiras”, “comadres” ou mesmo de parteiras-leigas, eram as principais responsáveis por trazer crianças ao mundo (Brenes, 1991). As parteiras assistiam as mulheres em seus domicílios durante a gestação, o parto e o puerpério (nome dado à fase pós-parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem ao estado anterior à gestação). Elas pertenciam aos setores populares, tinham experiência reconhecida pela comunidade, e eram de inteira confiança das mulheres, orientavam sobre diversos temas, como doenças venéreas e cuidados com o corpo (Brenes, 1991).

Quando não existia a possibilidade de a parteira estar presente, mulheres da família ou vizinhas realizavam o parto. Assim, as mulheres eram as detentoras do saber prático do ato de partejar e parir (Almeida, 2009), saber este que significava poder, prestígio e competência. Seibert et al (2005) destacam que “as parteiras criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e os homens apenas realizavam assistência a partos de animais” (p. 246). Além disso, recitavam palavras para o auxílio do controle da dor, realizavam abortos, e eram cúmplices em infanticídios e abandonos, contribuindo para uma visão ambígua e o descrédito da profissão (Seibert et al, 2005).

No século XVI, o ato de partejar começou “a sofrer regulamentações, sejam governamentais ou da Igreja, submetendo as parteiras das cidades europeias a exames prestados junto a comissões municipais ou eclesiásticas” (Vieira, 2002, p. 47). Essa regulação visava garantir, tanto ao Estado, quanto à Igreja, que os infanticídios e abortos

não seriam realizados, pois exigiam que a parteira soubesse batizar o recém-nascido, que professasse a fé católica e que tivesse a moral e a reputação ilibadas (Vieira, 2002).

Nesta mesma época de regulamentação do exercício das parteiras na assistência ao parto, acontecia na Europa a perseguição às feiticeiras - dentre as quais muitas eram parteiras - que culminava na morte nas fogueiras da Inquisição (Seibert et al, 2005). Alguns autores consideram que essa caça às bruxas e extinção das curandeiras foi uma estratégia utilizada pelo Estado e pela Igreja como forma de dominar o saber acerca da cura das doenças, para então legitimá-los como saber médico através das universidades criadas no Renascimento (Vieira, 2002). Essa caça às bruxas culminou na transformação da prática das parteiras em uma atividade suspeita (Seibert et al, 2005).

Vale ressaltar que o termo *parteira* deve ser utilizado com cautela, pois acaba homogeneizando todas as que se dedicam a assistência ao parto. Tornquist (2004) faz uma importante distinção acerca da denominação e prática das parteiras no Brasil colonial, ao dizer que

Era a *negra escrava* que atendia as mulheres da senzala e da casa grande, como parte de suas atribuições de cativa, serva; a *negra forra*, que, na condição de liberta e na cidade, passou a desempenhar o ofício como parte de sua estratégia de sobrevivência; a *parteira camponesa*, que atuava no interior, prestando socorro às vizinhas e parentes; a *parteira*, que fez cursos rápidos de treinamento, em geral, em instituições filantrópicas religiosas, que lhe conferiam um prestígio adicional, legitimado pela Igreja e envolvendo uma dimensão de normalização e moralização; as *parteiras examinadas*, que prestavam um exame diante de um júri no período Imperial (Tornquist, 2004, p. 100).

Moreira et al (2006) destacam que no Nordeste brasileiro as parteiras eram conhecidas como “cachimbeiras”. O conhecimento empírico das mesmas era passado de geração a geração, transmitido por um familiar ou vizinho.

A mortalidade materna, até o século XVIII, era extremamente alta tanto na Europa, quanto no Brasil. Quando a mulher não dava à luz naturalmente e as parteiras não tinham recursos para resolver a situação eram obrigadas, devido às regulamentações da prática, a chamar o físico ou o cirurgião barbeiro (Vieira, 2002). Esses cirurgiões possuíam pouca prática no parto e sua presença resultava, na maioria das vezes, no retalhamento do feto para que este fosse expulso ou extraído do corpo materno (Chazan, 2004). Devido a estas questões, as mulheres não se sentiam confortáveis com a presença masculina, como Del Priore (1995) comenta



Esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência (...). A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras (p. 263).

Assim, o parto foi marcado por muitas disputas entre médicos e parteiras, que perdurou por vários séculos (Vieira, 2002). As parteiras acumulavam um saber prático devido a muitos anos de experiência na assistência ao parto. Vieira (2002) salienta que, até 1750, elas eram as mais competentes, uma vez que possuíam o conhecimento e dominavam a prática existente até aquele momento.

O desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil ocorreu de forma similar à da Europa. A parteira foi uma figura central na assistência ao parto, até meados do século XX, pois acompanhava a mulher em todo o seu processo gravídico-puerperal. Ela era familiar à mulher, falavam a mesma língua e possuíam as mesmas crenças (Vieira, 2002). Era uma relação muito próxima, promoviam a inserção da família, valorizando o espaço e os hábitos domésticos.

## **1.2. O parto como ato médico: a emergência de um novo discurso**

Antes de tratarmos da entrada dos médicos na cena do parto e do estabelecimento do hospital como local apropriado para o nascimento é fundamental analisar a importante mudança ocorrida com o descentramento provocado pelo saber científico, através do *cogito* cartesiano, e a conseqüente alteração na forma de conhecer da nova medicina, inaugurada com os estudos de anatomia patológica. A emergência de um discurso científico sobre o corpo da mulher, discurso que desponta no século XIX com a descrição anatômica da diferença entre os sexos, veio também a influenciar as discussões sobre a assistência ao parto no Brasil.

### ***1.2.1. O saber científico: o surgimento de uma medicina moderna***

A nova forma de conhecimento sobre a doença, característica de uma medicina moderna, só foi possível a partir dos estudos da anatomia patológica na investigação das doenças (Foucault, 2001). Com a medicina moderna, o corpo passou a ser dissecado, de

modo a conhecer a causa da doença, tendo como objetivo o tratamento e a prevenção, consequência de uma alteração no modo de olhar os corpos, bem como na forma de compreender as noções de saúde e a doença. A medicina moderna é uma medicina hospitalar, terapêutica e intervencionista (Foucault, 2001).

Até o século XVIII a prática médica estava restrita aos consultórios. O hospital, lugar que conhecemos como referência para tratamento de doenças, não tinha essa função. Desde a Idade Média a prática médica não acontecia no espaço do hospital, este era o local de assistência aos pobres, loucos, prostitutas, devassos, local de separação e exclusão (Foucault, 1981). A população temia ir ao hospital, pois o mesmo era conhecido como um lugar para morrer, onde se dava a última assistência e o sacramento às pessoas pobres. Portanto, o hospital não era compreendido como um dispositivo de tratamento, mas como uma espécie de abrigo e local de caridade.

Foucault (1981) observa que “a formação de uma medicina hospitalar se deve, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas” (p.107). Quando o hospital se transforma em espaço de cura, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A compreensão de que o médico é mais sábio quanto maior a sua experiência hospitalar, surge nesta época.

O discurso médico científico passa a investir, então, em um corpo medicalizado, que deve ser observado e tratado quando doente. Deste corpo, a dimensão de subjetividade, como chama a atenção Clavreul (1983), estaria definitivamente excluída: “a medicina é, antes de mais nada, o que instaura uma ordem – que não se confunde com a da natureza. Essa ordem é a do discurso que precede os conceitos e a epistemologia que ele não cessa de renovar” (p. 27). Vieira (2002) salienta que “a medicina, como conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, tal como a conhecemos hoje, sofre sua configuração como intervenção cientificamente fundamentada a partir do final do século XVIII” (p. 19).

A este respeito vale destacar que Lebrun (2004), ao discutir a primazia do saber tecnocientífico no mundo atual, faz uma importante distinção entre a ciência e o discurso da ciência. Tal distinção é importante para a compreensão do discurso da medicina moderna. Diz Lebrun (2004):

Queremos designar com este termo “discurso”, o que organiza o laço social uma vez que a ciência adquiriu desenvolvimentos tais que modificou a legitimidade da autoridade do mestre. Insistamos que não se trata, aqui, de confundir a

ciência, as ciências, o científico e o discurso da ciência. É preciso, com efeito, claramente diferenciar a ciência como procedimento de conhecimento e discurso da ciência como laço social inaugurado pela existência desse tipo de conhecimento, inclusive a forma pela qual ele se adquire e é adquirido (p. 53-54).

O autor propõe uma análise das implicações no laço social do discurso da ciência – este discurso que, como toda forma discursiva, faz laço social – em razão da legitimação do saber científico como verdade, tal como entendemos atualmente. Lebrun (2004) assinala que o nascimento da ciência na cultura grega era reconhecido como a descoberta de “uma *episteme* como um discurso no qual teria desaparecido qualquer traço de interlocutividade” (p. 56). Deste modo, pretendiam assinalar na episteme científica o surgimento de uma linguagem cujo objetivo era apenas o de comunicar descobertas, linguagem da qual o outro estava excluído como interlocutor.

No contexto da ciência, do *cogito* cartesiano<sup>1</sup>, observa Lebrun (2004), objetiva-se um conhecimento sobre o real que só pode se dar através de um processo que demanda que fechemos os olhos, tapemos os ouvidos, e renunciemos mesmo ao tocar, de modo a alcançar, apenas pela razão, a verdade das coisas. Para Descartes (2001) a razão seria a única coisa verdadeira, colocando em dúvida inclusive as crenças e o senso comum. Nesta perspectiva, a ciência moderna, veio a deslegitimar qualquer conhecimento acumulado por outras vias que não a da razão, ponto de partida para a modificação da realidade (Rubano & Moroz, 1996).

Assim, a ciência exige o abandono de todo o conhecimento baseado em crenças, em valores ou no senso comum, em favor de um discurso que se constitui de enunciados submetidos à prova, enunciados verdadeiros porque comprováveis (Clavreul, 1983). A verdade científica se apresenta como uma nova forma de conhecer, estabelecendo uma constante nas ciências (Lebrun, 2004). Portanto, não se deve contar mais com a percepção e os sentidos, e sim com fatos demonstráveis, regidos por leis matemáticas.

Neste quadro de transformação quanto à concepção do conhecimento, qualquer outro enunciado sobre a verdade que não se possa colocar à prova torna-se ilegítimo, ou seja, “o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico” (Clavreul, 1983, p. 30). Em *A ordem médica – poder e*

---

<sup>1</sup> Fazemos referência aqui a Descartes, no seu O Discurso do Método (1596-1650). Descartes, argumentando que é preciso distinguir o verdadeiro do falso, propõe como método que se coloque tudo em dúvida, considerando a razão a única coisa verdadeira. Desta forma, a ciência deve partir da razão para alcançar o conhecimento: “*Cogito, ergo sum*”.

*impotência do discurso médico*, o autor chama a atenção para o fato de que o discurso médico habita a linguagem humana e ultrapassa, assim, o ato do médico em si. Ele diz:

Impõe-se a necessidade de falar da medicina como sendo um discurso. E, primeiramente, para extrair o fato de que se participa do discurso médico mesmo que não se possua seu saber e sua prática. O maior médico não pode pretender possuir todo o saber e toda a técnica; ele deve frequentemente recorrer à opinião de seus confrades e também aos seus livros. Ao contrário, o mais ignorante dos não-médicos pode ser levado a se improvisar como socorrista e com isso realizar um ato médico. Há uma hierarquia em medicina, que é uma hierarquia do saber (Clavreul, 1983, p. 49).

Lebrun (2004) chama atenção para as profundas consequências da emergência, na modernidade, do discurso médico-científico nas transformações subjetivas, onde a medicina moderna se tornou, neste sentido, a fonte e a autoridade últimas sobre a verdade da saúde e da doença. Deste modo, a apropriação do discurso sobre o corpo, a saúde e a doença ultrapassa os domínios da ciência médica, os indivíduos se constituindo subjetivamente a partir desse discurso como bem assinala Clavreul (1983).

### ***1.2.2. A descrição científica da diferença sexual***

Durante todo o século XIX o conhecimento sobre os corpos foi privilegiadamente objeto de investigação da ciência (Martins, 2004). Nesse período, livros e manuais sobre sexo passaram a ser publicados. Entretanto, até a constituição de uma ciência biológica, o modelo de explicação sobre a diferença entre os sexos que predominava era o denominado modelo de um só sexo (Laqueur, 2001). A este respeito, Martins (2004) ressalta a interpretação dada por Galeno e Aristóteles, interpretação que se sustentava em princípios cósmicos: o homem estaria no ápice da cadeia dos seres vivos devido a sua natureza quente e seca, sendo seguido pela mulher, considerada hierarquicamente inferior devido à sua natureza ser mais fria e úmida (Martins, 2004).

A diferença entre homens e mulheres era então baseada no valor vital. A mulher seria um “homem invertido” (Laqueur, 2001), pois a mesma não tinha o calor necessário para exteriorizar os órgãos genitais. No século XVII pensava-se que a genitália feminina correspondia à masculina, apenas estava internalizada. Os órgãos sexuais femininos eram denominados da mesma maneira que os masculinos. Esta compreensão trouxe a ideia de perfeição masculina e imperfeição feminina, noção que perdurou até o século XIX.

A partir do século XVIII, com a moderna teoria biológica sobre a diferença entre os sexos foi possível superar a teoria hierárquica do modelo de um só sexo (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002). Assim, a diferença entre homem e mulher estava inscrita no corpo, uma determinação física, não apenas restrita a estrutura física, também relacionada à química do corpo. Martins (2004) salienta que

O modelo de conhecimento sobre o corpo fundado no gênero e não no sexo foi gradativamente substituído pelo novo modelo das diferenças sexuais que começou a ser formulado no início do século XVIII, quando o corpo passou a ser um novo campo de redefinição das relações de gênero e a ciência voltou-se para a Natureza em busca das explicações a respeito das diferenças humanas (Martins, 2004, p. 30).

Os trabalhos desenvolvidos no século XVIII e XIX, que tinham como objeto de estudo a mulher e sua sexualidade (Martins, 2004), apresentavam uma preocupação em compreender a natureza feminina, formulando discursos a respeito dos lugares, papéis e relações sociais específicos de homens e mulheres. As descobertas científicas inscreviam na biologia a diferença entre os sexos e ofereciam base para que “pensadores sociais dissertassem sobre as supostas diferenças inatas entre homens e mulheres e a consequente necessidade de diferenciações sociais” (Rohden, 2003, p. S203).

Assim, os estudos de anatomia patológica permitiram a ‘descoberta’ do útero, órgão exclusivo das mulheres, que se tornou verdadeiro fetiche nos discursos médicos (Martins, 2004). O útero conferia à mulher um papel específico dentro da sociedade, papel de destaque, abalando deste modo a antiga compreensão da mulher como ser imperfeito, uma vez que ela é a responsável por gerar e dar à luz a um novo ser.

Na consolidação do modelo familiar burguês a mulher passou a ser fonte de grande investimento da higiene pública, da medicina legal e da psiquiatria (Nunes, 1995). A preocupação com a prole fez com que a maternidade aparecesse como um ideal para a mulher. Este ideal alterou profundamente a compreensão médica acerca do sexo feminino (Nunes, 1995). Assim, emerge um discurso de naturalização das funções femininas, compreendendo-se características como: doçura, passividade, debilidade sexual e intelectual, maternidade e passividade, como a essência da mulher. A medicina buscou comprovar essa essência com hipóteses “científicas” (Nunes, 1995).

Desta forma, o corpo feminino obteve grande destaque no discurso médico do século XIX. “Quase meio século antes da psicanálise, a ginecologia procurou responder à

pergunta sobre a natureza feminina onde acreditava estar a resposta: no sexo” (Martins, 2004, p. 18). A partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias de saber na produção de uma nova imagem da mulher e sobre seu papel em sociedade, como esposa-mãe-dona-de-casa (Brenes, 1991).

### ***1.2.3. O parto entra no hospital***

O fim do século XIX foi palco de inúmeras discussões sobre qual profissional deveria realizar a assistência ao parto. Algumas declarações oficiais orientavam que o médico não era digno dessa assistência, que o mesmo deveria atender apenas os casos mais graves, onde houvesse a necessidade de utilização do fórceps ou para a realização de cesarianas (Seibert et al, 2005).

A obstetrícia proclama a sua exclusividade em 1840, quando se concretizou como detentora do conhecimento sobre o nascimento e tornou-se especialidade médica reconhecida no século XIX, “a partir deste período percebe-se um deslocamento do seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina” (Brenes, 1991, p. 137). A medicina só dominou a assistência ao parto após desenvolver técnicas cirúrgicas, com o uso dos anestésicos, e após combater a infecção puerperal que assolou diversas mulheres (Vieira, 2002).

A assistência ao parto só começou a ser realizada nos hospitais após o controle das possíveis doenças e complicações, e com o auxílio da tecnologia. A entrada dos médicos na cena do nascimento está intimamente ligada às complicações do parto e ao interesse pelo corpo feminino. Vale ressaltar, que a institucionalização do parto nos hospitais e o estabelecimento da obstetrícia como área médica são frutos de um longo processo, que teve início por volta do século XVI (Vieira, 2002).

Nagahama e Santiago (2005) destacam que o uso do fórcepe obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica, dominada pelo homem, instaurando-se a ideia de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso. Assim, com o avanço da prática obstétrica, seria possível interromper a gestação quando algum sinal indicasse risco para a vida da mulher (Brenes, 1991).

A partir do século XIX, surge uma grande preocupação com o futuro da sociedade brasileira, através do entendimento de que a riqueza e o poder do país tinham relação direta com o número da população (Mott, 2002). Assim, baseando-se na medicina europeia, a

saúde da mulher brasileira passou a ser alvo de interesse dos governantes, legisladores e, principalmente, dos médicos, devido à capacidade das mesmas de gerarem filhos saudáveis e vivos (Mott, 2002). Se antes a preocupação era com a vida da mulher, agora passa a existir uma grande preocupação com a vida da mulher e da criança, estimulando, assim, o desenvolvimento de novas técnicas que garantissem a sobrevivência de ambos na assistência ao parto (Mott, 2002).

No Brasil, a transição definitiva do parto para o hospital aconteceu apenas no século XX, uma vez que até 1870, o ensino e a prática da obstetrícia como especialidade médica eram precários no país (Maia, 2010). A obstetrícia era uma disciplina teórica, ensinada nas universidades, sem o desenvolvimento prático dos alunos, devido à ausência de locais legitimados pela medicina como espaços de assistência ao parto, o que fazia com que muitos saíssem da faculdade sem ter assistido a nenhum parto (Mott, 2002).

Devido aos problemas e disputas entre médicos e parteiras acerca do local e a assistência apropriada para a parturição, o discurso em favor da criação de maternidades cresceu no país. Contudo, até o fim do século XIX as maternidades tanto para o curso médico como para o curso de parteiras não haviam sido criadas. Os médicos encontravam muita resistência das freiras dentro das Santas Casas, onde tentavam ministrar o curso prático, o que acabava por desestimular ainda mais as mulheres a buscarem o hospital como local para dar à luz (Mott, 2002).

Inicialmente, o hospital era usado apenas pelas mulheres pobres e sem recursos. As mulheres que tinham um pouco mais de recursos financeiros recorriam às parteiras e as mulheres ricas recorriam ao atendimento médico domiciliar, ou das parteiras famosas (Maia, 2010). No Brasil e na Argentina, as parteiras mais famosas, que ocuparam lugar de destaque na sociedade, eram imigrantes, vinham da Europa (Tornquist, 2004).

A recomendação para o parto hospitalar ainda não era unânime, era recomendada sistematicamente apenas para as mulheres pobres que não possuíam condições mínimas de higiene e conforto em seus domicílios. A residência deixou de ser aconselhada como local para a realização do parto apenas a partir de 1920, pois era encarada como local sem estrutura, que requeria intensa vigilância, além de necessitar de diversos itens que deveriam ser providenciados pelas famílias. Consequentemente, as maternidades foram, pouco a pouco, sendo promovidas e aconselhadas como locais seguros para a parturição e o parto em domicílio desaconselhado (Mott, 2002). Tendo em vista que a maternidade era

“um espaço em que a mulher teria apoio médico, repouso, além da assepsia, o que diminuiria o risco das infecções: onde o parto seria civilizado” (Amaral, 2008, p. 932).

O entendimento do parto como potencialmente perigoso e patológico, com necessidade de intervenção médica, passou a ser amplamente difundido. O sofrimento do parto deixou de ser considerado desígnio divino, pena devido ao pecado original e, assim, o auxílio ao alívio da dor não foi mais proibido. Com o avanço da obstetrícia e o domínio de novas técnicas compreendeu-se que a mulher era vítima de sua natureza e, portanto, necessitava da intervenção do médico a fim de realizar a parturição sem dor (Diniz, 2005).

Nas décadas de 30, 40 e 50, alguns médicos passaram a defender a necessidade da criação de um serviço de atendimento domiciliar para as mulheres pobres, uma vez que o número de leitos nas maternidades era pequeno. Também argumentavam que a internação dessas mulheres acarretaria em problemas no lar, como por exemplo a desassistência dos outros filhos – tendo em vista que essas mulheres não tinham recursos – e daria a chance dos maridos “desvirtuarem-se”. Assim, defendiam a importância de as mulheres pobres parirem no domicílio, para permanecerem em casa e manterem a harmonia das famílias (Mott, 2002). Com o controle dos nascimentos em domicílio, os médicos passaram a fiscalizar o exercício das parteiras, dando espaço para as parteiras diplomadas e proibindo a prática das “curiosas” ou “leigas” – parteiras não diplomadas.

Uma importante mudança na assistência ao parto ocorreu quando algumas parteiras diplomadas foram atender nos hospitais. Com isso, os médicos, aos poucos, foram aprendendo com seu conhecimento prático. Contudo, elas não eram mais as protagonistas da assistência ao parto, foram colocadas de lado, perdendo a autonomia, tornando-se auxiliares dos médicos e responsáveis apenas pelo parto de mulheres pobres.

Com a migração das parteiras para os hospitais a confiança no parto hospitalar ganhou força e, conseqüentemente, o médico também passou a ser uma figura respeitável, uma vez que sua prática estava embasada não apenas na prática, mas em conhecimentos teóricos passíveis de comprovação. Em consequência disso, a obstetrícia foi se apresentando como uma superação do “obscurantismo”, diminuindo o poder e a força da prática das parteiras.

A tecnologia de assistência ao parto se intensificou com o avanço do conhecimento científico e concretizou o hospital como o local apropriado para o parto. “A hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido (...). Significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização” (Mott, 2002, p. 213). Contudo, mesmo com todas as



exigências, com a reprovação do parto domiciliar por parte dos médicos, as mulheres brasileiras continuavam encarando o hospital como local de abrigo dos necessitados e reagiam com horror à hospitalização (Mott, 2002). A dificuldade de inserção e estabelecimento dos médicos na assistência ao parto ocorria não apenas no Brasil, mas em outros países do ocidente (Amaral, 2008).

As maternidades buscaram se organizar de maneira a oferecer serviços distintos conforme a clientela, a fim de modificarem sua imagem perante a sociedade. As mulheres pobres e indígenas ficavam alojadas em enfermarias e seus partos serviam de estudo clínico para as parteiras e para os estudantes de Medicina. Já as mulheres com maiores condições financeiras eram atendidas em quartos individuais e atendidas por médicos e/ou parteiras particulares (Mott, 2002).

O instrumental tecnológico da medicina, as práticas intervencionistas e o conhecimento científico, fizeram com que os médicos tivessem uma imagem de competência e superioridade em relação às parteiras, ocupando assim, um lugar no imaginário social de profundos conhecedores da anatomia feminina (Maia, 2010). Além disso, a imprensa teve papel fundamental no projeto de medicalização<sup>2</sup> do parto ao anunciar, no início do século XX, a maternidade como espaço médico científico em que as mulheres eram bem tratadas (Amaral, 2008). Com isso, “coube aos médicos a tarefa de oferecer instrumental técnico, moderno, ao exercício da maternidade, deslocando-a dos moldes tradicionais e transformando-a em atividade científica” (Freire, 2008, p.168), tornando, assim, os especialistas a fonte do saber sobre o exercício da maternidade.

Seibert et al (2005) salientam que as mulheres também tiveram participação no processo de medicalização do parto. As mulheres das classes sociais mais abastadas não desejavam mais correr riscos e não aceitavam mais sentir a dor do parto. A dor já não era mais considerada como uma expiação dos pecados femininos, a mulher era compreendida como vítima de sua natureza, sendo o obstetra o responsável por antecipar os perigos do parto e combater o sofrimento (Diniz, 2005). Também havia o fato de que parir com o auxílio de um médico era sinônimo de maior poder aquisitivo dos maridos (Seibert et al, 2005).

Mas a institucionalização do parto no Brasil só aconteceu, de fato, após a Segunda Guerra Mundial (Nagahama & Santiago, 2005). Tornquist (2004) relata que

---

<sup>2</sup> “Processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007, p. 4).

A divisão do trabalho na maternidade precisou de décadas para se estabelecer claramente, delimitando territórios e estabelecendo competências diversas. A entrada e rotinização das intervenções cirúrgicas parece ser a chave desta reconfiguração dos espaços de poder no âmbito das maternidades e passou a se relacionar, cada vez mais, a lógicas gerais da divisão do trabalho hospitalar: aos médicos homens, couberam as intervenções cirúrgicas, os partos difíceis e a intervenção pontual; às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis, os partinhos (parto simples), e o acompanhamento do trabalho de parto (p. 96).

Assim, a assistência ao parto passou a ser encarada como algo que necessitaria de alto investimento e tecnologia, culminando na inclusão de rotinas cirúrgicas - como, por exemplo, a episiotomia e o fórceps profilático - que eram utilizadas tanto no sentido de livrar a mulher das dores e do sofrimento, quanto no sentido de facilitar o trabalho e aprendizado dos médicos. Com o parto hospitalar, visava-se aumentar, monitorar e regular o processo fisiológico do parto, com o intuito de melhorar a saúde de crianças e mães (Diniz, 2001).

Vemos, portanto, que a transição do domicílio para o hospital acompanhou as transformações em curso na sociedade brasileira (Amaral, 2008). Tornquist (2004) aponta que “urbanização e modernização foram processos decisivos na transferência do tema do parto, do âmbito privado para o espaço público, marcado, cada vez mais, por ideais de civilização e de modernidade” (p. 79).

### **1.3. A tecnologia da assistência ao parto**

A compreensão de que o parto era um acontecimento que potencialmente poderia resultar numa situação patológica e, portanto, necessitar de intervenção fez com que o mesmo fosse esquadrihado nos mínimos detalhes. As rotinas hospitalares visavam prevenir os riscos e controlar a morbimortalidade materna e perinatal. No parto hospitalar a tecnologia se faz presente na assistência do início ao fim, em alguns com maior intensidade e em outros com menor.

Diniz (2005) salienta que o modelo de assistência tecnocrático surge na segunda metade do século 20, nos países industrializados, onde as mulheres passaram a vivenciar o parto com as pernas levantadas e abertas, imobilizadas, separadas de seus pertences e familiares, com aceleração ou redução do funcionamento do útero e assistidas por pessoas

desconhecidas. A posição deitada (litotomia) permitia maior controle sobre o processo do parto, pois facilitava a visão do profissional.

No Brasil este modelo se estabeleceu a partir da década de 60, com o uso de alguns procedimentos como: tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), anestesia peridural, episiotomia (a fim de ampliar o canal de parto), jejum, infusão intravenosa, enema (lavagem intestinal), ruptura de bolsa, dentre outros. Diniz (2005) chama atenção para o fato de que o parto instrumental, com uso de anestesia, predominou na assistência ao parto, com a “mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem” (p. 628). Ainda conforme Diniz (2005) “este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres atendidas pelo setor privado da saúde esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva” (p. 629).

Dessa maneira, atualmente, no Brasil, a grande maioria dos partos é realizada por médicos, dentro de hospitais, com o auxílio de enorme parque tecnológico. Sobre isso, Pulhez (2013) traz a informação de que 98% dos partos realizados no Brasil ocorrem dentro de hospitais. Os outros partos, em sua maioria, são realizados por parteiras nas cidades do interior e nas áreas rurais, onde não existe a assistência hospitalar, principalmente pelo fato do Brasil ser um país complexo, diverso e com diferentes características em suas regiões (Tornquist, 2004). Sobre a hospitalização do parto, Souza, Gaíva e Modes (2011) destacam que

O Ministério da Saúde aponta que apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal nos últimos anos, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente de um acontecimento natural para um evento técnico e medicalizado, tornando-se desconhecido e amedrontador para as parturientes, sendo mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (p. 482/483).

Cabe destacar que o parto cesáreo, por meio de intervenção cirúrgica, tem sido utilizado como a principal via de parto no Brasil, perfazendo um total de 52% dos partos, como foi constatado pela pesquisa “Nascer no Brasil” da Fundação Oswaldo Cruz (2014). Com esta taxa o Brasil é considerado líder mundial em número de cesarianas por ano, uma vez que a OMS preconiza uma taxa máxima de 15% de partos por cesárea ao ano (Pulhez, 2013). O parto cesáreo é apenas um tipo de parto e surge como possibilidade para partos complicados, que colocavam em risco a vida da mulher.

A cesariana tornou-se extremamente popular e comum no Brasil devido a diferentes fatores. Maia (2010) aponta alguns deles, como: o valor pago pelo parto cesáreo, o medo da dor do parto normal, a crença de que o parto vaginal deixaria os músculos da vagina frouxos, a ausência de pagamento de anestesia para o parto normal, o uso desta cirurgia para a realização da laqueadura tubária, etc. Vale destacar ainda que o parto cesáreo, com data e hora marcadas, atende as exigências de uma sociedade que preza pela rapidez e resolutividade. Como efeito desse deslocamento, o parto deixou de ser encarado como evento natural e foi cada vez mais investido tecnologicamente, no intuito de evitar a morte de mulheres e de crianças, de melhorar a performance da sua assistência, e trazer ao mundo crianças mais saudáveis.

## **CAPÍTULO 2 - MODERNIDADE: MATERNIDADE EM TRANSFORMAÇÃO**

É fundamental analisar aqui as transformações que surgem na modernidade, tanto na compreensão sobre o papel da mulher na sociedade, quanto sobre as novas concepções de maternidade, uma vez que estão intimamente ligadas às mudanças ocorridas na assistência ao parto. Até o fim do século XIX a compreensão acerca da mulher estava ligada ao útero e aos ovários:

Os médicos estabeleceram que na mulher este sistema era instável, marcado pelo desequilíbrio e que, portanto, qualquer excitação periférica – sempre de origem sexual – poderia perturbar o frágil equilíbrio do sistema e causar problemas psíquicos que variavam de uma simples dor de cabeça chegando a estados melancólicos, manifestações histéricas e delírios que podiam levar as mulheres a cometerem atos contrários à sua vontade, como o infanticídio e o suicídio (Martins, 2004, p. 111).

Assim, a ginecologia tinha como referência a imagem de uma mulher dominada por seus órgãos genitais. A imagem da mulher hiperssexualizada, processo denominado por Foucault (1999) como a histericização do corpo feminino, foi amplamente divulgada no século XIX.

Vieira (2002) afirma que “o modelo médico em relação ao corpo feminino que se estabelece então, concordante com as normas sociais vigentes, implica que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva” (p. 26). A mulher deveria, assim, cumprir a função social da maternidade, devendo controlar seus desejos, uma vez que o descontrole poderia levar a patologias como masturbação, prostituição, histeria e ninfomania. Foucault (1999) entende esta compreensão como essencialista, produzindo dispositivos de saber e poder sobre o corpo feminino, uma vez que confere a mulher um status de perigosa, condenada à patologização.

Como aponta Nunes (1995), a grande preocupação com relação às mulheres no século XIX dizia respeito ao ideal de maternidade. Esta preocupação contribuía para definir o perfil feminino da época, onde a natureza da mulher era compreendida como perigosa, com o aval do discurso médico acerca desta imagem da mulher (Nunes, 1995). O corpo feminino era tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social, principalmente pela compreensão de que a mulher era dotada de características

psicológicas e morais pouco desenvolvidas, quase uma selvagem que não conseguia controlar seus instintos sexuais (Nunes, 1995).

No Brasil, o discurso médico higienista investiu no papel da mãe como central no trabalho modernização e de higienização da sociedade (Costa, 1979). O hábito do aleitamento infantil por escravas passou a ser criticado entendendo que a liberação da mulher desta função a deixaria livre para envolver-se em assuntos fora do universo da casa. Costa (1979) salienta que a circunscrição da sexualidade feminina à zona de controle da mãe envolveu numerosas manobras. Assim, justificava-se a afirmação de que é a mulher quem deveria amamentar seu filho e a orientação de limitação da relação sexual durante a gravidez e o período da amamentação. O processo de modernização passou por ressaltar na mulher, sobretudo, a sua função de mãe (Costa, 1979).

Deste modo, a fonte das angústias, de instabilidade emocional e das doenças, para alguns teóricos, seria o útero. Qualquer comportamento que não correspondesse ao ideal de mãe e esposa era pensado como desvio. Assim, a mulher passou a ser sinônimo de uma ambiguidade, uma vez que estava entre a patologia e a fisiologia, entre o desvio e a norma (Martins, 2004).

Um exemplo clássico do “desvio” feminino, e muito discutido pela medicina durante o século XIX, é a histeria. Swain (1986) chama a atenção para a preponderância das imagens tradicionais que relacionavam a histeria às funções reprodutoras, a maior parte da literatura sobre a histeria se encontrando então em tratados médicos de doenças do útero e da menstruação, e de relatos de tratamentos realizados por obstetras e ginecologistas.

Swain (1986) sublinha ainda o fato de que o útero da mulher era considerado como o protagonista no quadro do ataque histérico. Esta concepção entendia que a histérica seria possuída pela natureza, seu útero, a cada mês, lembrava à mesma de seu potencial gerador. “Esse útero que tem vida própria, pode tomar seu corpo e se expressar nele, sem que a mulher tenha sobre ela nenhum controle. O ataque histérico seria a irrupção dessa possessão, que define a condição humana” (Nunes, 1995, p. 12).

A histeria foi de fato um grande desafio para a ciência médica do século XIX, os médicos tinham muita dificuldade em descobrir a origem da mesma (Molina, 2011). A história da histeria pode ser descrita como o enfrentamento entre uma teoria uterina, dominada pelo imaginário tradicional, e uma teoria nervosa ou cerebral, assim argumenta Swain (1986). Nesta perspectiva, a feminilidade era vista como rebelde e perigosa, como

ameaça social, a histórica renegando a posição submissa e passiva conferida à mulher (Nunes, 1995).

Para Costa (1979) o “nervosismo” feminino era uma resposta à dominação dos seus instintos sexuais e as obrigações maternas do fim do século XIX e início do século XX. Ao tratar do nervosismo da mulher, “o médico mantinha a sexualidade feminina a serviço da higiene e do Estado. Com sua escuta, reconhecia a insatisfação sexual da mulher expressa no nervosismo” (Costa, 1979, p. 273). Ao mesmo tempo o médico ganha espaço assumindo a figura do confessor, em quem a mulher podia repousar a confissão de doenças, dores e intimidades, assim, o discurso científico se aliava aos interesses econômicos e sociais para “domesticar” a mulher.

### **2.1. O feminino e a maternidade: a “mulher freudiana”**

A análise sobre a relação entre o feminino e a maternidade na obra freudiana, presente do início ao fim dos estudos de Freud (Nunes, 1995), aponta a maternidade como a saída no caminho de uma feminilidade normal. Neste sentido, Nunes (1995) chama atenção para o fato de que “a mulher freudiana não é um produto a-histórico, mas, ao contrário, é parte dessa estratégia discursiva sobre o sexo feminino que o século XVIII inaugurou, o século XIX aprofundou e do qual ele é herdeiro” (Nunes, 1995, p. 18). Assim é que ao analisar o sentido dos sintomas históricos Freud compreendeu que estes não eram produto de uma doença de causa orgânica, mas sim o “resultado de um conflito psíquico entre a sexualidade e as exigências do ego, da realidade externa e de uma determinada moral cultural” (Nunes, 1995, p. 18).

A teoria freudiana sobre a sexualidade humana e sobre a diferença sexual gerou muitas discussões. Em sua época o prazer e o gozo eram tomados como perversões, havia uma primazia da genitalidade. Freud rompe com esse paradigma centrado na reprodução e na biologia postulando o conceito de pulsão sexual, que diferente do conceito de instinto não tem um objeto específico: “uma pulsão não tem qualidade, e no que concerne à vida psíquica deve ser considerada apenas como uma medida de exigência de trabalho feita à mente” (Freud, 1905/1996, p. 171). O conceito de pulsão tornou possível uma nova compreensão acerca da sexualidade humana.

A primeira teoria freudiana sobre o desenvolvimento sexual foi fortemente marcada pela anatomia, o “ser mulher” neste entendimento inicial de Freud estava diretamente

ligado à anatomia, destinando à inveja dos homens como um sentimento que dificilmente poderia ser superado (Nunes, 1995). Contudo, entre as décadas de 20 e 30 do século XX, Freud aprofunda sua teoria acerca das questões que envolvem a sexualidade feminina. As mudanças ocorridas nas suas teses, nesta época, o fizeram compreender que o “ser mulher” era fruto de uma construção psíquica (Nunes, 1995).

No texto *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925 [1996]), Freud afirma que “nas meninas, o complexo de Édipo é uma formação secundária” (p. 151). Ao se deter sobre os achados e casos analisados até o referente momento, Freud começava a perceber uma diferença primordial no complexo de Édipo nas meninas e nos meninos, que se daria pelo complexo de castração. Através da postulação de um complexo de castração Freud justifica, quanto ao menino, sua saída do Édipo. Com relação à menina, será responsável por sua entrada no Édipo.

Desta forma, Freud compreende o complexo de Édipo como uma estrutura mais complexa, onde o investimento libidinal não existe apenas direcionado ao sexo oposto, há também desejos sexuais passivos em relação ao genitor do mesmo sexo. No que diz respeito à menina, Freud aponta que a relação com a mãe irá marcar toda a sua história (Nunes, 1995). Esse entendimento, de que a diferença sexual está vinculada ao complexo de castração, permite que Freud articule “a hipótese de que ninguém nasce homem ou mulher psiquicamente falando, sendo o estabelecimento dessa identidade um longo processo que tem lugar a partir do tempo da castração” (Nunes, 1995, p. 24). É importante ressaltar que a diferença anatômica é primordial para essa constituição.

Aqui, consideramos importante, no marco da Psicanálise, embora sem aprofundar o que se distanciaria dos objetivos da presente pesquisa, a contribuição de Jacques Lacan quanto à questão da mulher. Através de sua afirmação de que “não há relação sexual” (1971-1972 [2003]), Lacan aponta para toda a complexidade que envolveria o “ser mulher”, enfatizando a problemática da sexualidade ligada à questão da castração. Para ele o “não há relação sexual não implica que não haja relação com o sexo. É justamente isso que a castração demonstra, porém não mais: ou seja, que essa relação com o sexo não seja distinta em cada metade, pelo fato mesmo de separá-las” (Lacan (1971-1972 [2003], p. 464). A castração é fundante, resalta Lacan, uma vez que ela define, em momentos distintos para homens e mulheres, a diferença sexual. Dessa forma, uma relação total não seria possível, pois não existiria complementaridade lógica entre os sexos.



A questão do feminino e da diferença sexual diz respeito, para a Psicanálise, à diferença psíquica entre os sexos, resultando disto a interpretação da diferença anatômica entre os sexos a partir dos diferentes processos identificatórios.

Assim considerando, entre os três caminhos possíveis para a mulher frente aos efeitos da castração a maternidade é aquele que Freud entende como a única via para a mulher aceder à uma feminilidade normal. A maternidade aparece aí, simbolicamente, como saída possível para a sublimação da castração, a fantasia do filho-phallus permitindo à mulher sublimar o fato de não ter o phallus (Freud, 1931 [1996]).

Assim, o caminho para a feminilidade se daria apenas através da via da maternidade, ao invés da inibição sexual, haveria um deslizamento simbólico do desejo de pênis para o desejo de filho. A inveja do pênis, via que conduz à feminilidade, ao invés de contribuir para que a neurose seja instaurada ou que se encontre a saída no que ele denomina complexo de masculinidade, serviria como motor que impulsionaria a menina na direção do pai e, então para a maternidade. A esse respeito Freud (1933 [1996]) diz:

O desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica (p. 136).

Para Freud, a construção da feminilidade implicaria na possibilidade de realização da equivalência simbólica phallus-filho. A feminilidade é em Freud (1933[1996]) um destino paradoxal na medida em que “o antigo desejo masculino de posse de um pênis ainda está ligeiramente visível na feminilidade alcançada desse modo. Talvez devêssemos identificar esse desejo do pênis como sendo, *par excellence*, um desejo feminino” (p. 137). Assim, o tornar-se mulher na hipótese freudiana implicaria no tornar-se mãe, uma vez que Freud deixa a entender que as chaves da feminilidade se encontram no desejo da mulher em ser mãe, em substituição, por equivalência simbólica, ao desejo do pênis.

Vemos, portanto, que o caminho da feminilidade como possibilidade para a mulher, na obra freudiana, indica a maternidade, uma vez que ela se apresenta como saída para a castração. A compreensão freudiana acerca do feminino e da maternidade foi amplamente questionada pelo movimento feminista, principalmente pelo fato do discurso feminista encarar os dois sexos como completamente iguais em posição e valor.

## **2.2. Século XX: o contexto do movimento Feminista, a maternidade e os direitos reprodutivos**

A partir da segunda metade do século XX, e em especial nos anos sessenta e setenta, as sociedades ocidentais passaram por grandes transformações quanto aos valores morais, éticos e políticos. As lutas pela igualdade e pela liberdade se intensificaram e incluíram em seus pilares a igualdade entre homens e mulheres.

Na segunda metade do século XX as mulheres começaram a sair de casa para trabalhar e passaram a reivindicar direitos e salários iguais aos dos homens (Canezin, 2004). Nessa época surgem as primeiras mulheres a defender os direitos femininos. De acordo com Costa (2005) “o feminismo, enquanto movimento social, (...) surge no contexto das ideias iluministas e das ideias transformadoras da Revolução Francesa e da Americana e se espalha, em um primeiro momento, em torno da demanda por direitos sociais e políticos” (p. 10). O movimento feminista enfatiza o caráter político da opressão vivenciada pelas mulheres no mundo privado (Costa, 2005).

O feminismo teve grande repercussão em todo o mundo ao defender os direitos das mulheres. Além de reivindicarem a igualdade dos sexos, lutava-se pela igualdade plena de direitos e deveres entre homens e mulheres. O movimento denunciava também o grande investimento no corpo feminino.

O movimento feminista passou por diferentes fases. Inicialmente, como assinalamos, a grande preocupação girava em torno da igualdade de direitos. O livro *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir (1949), é considerado um grande marco da mudança para a fase do feminismo que lutava pela mulher enquanto indivíduo. No contexto das lutas feministas a maternidade era amplamente discutida, sendo compreendida como ‘responsável’ por confinar as mulheres ao espaço privado, ‘excluindo-as’ do espaço público (Scavone, 2001). Simone de Beauvoir, na entrevista dada a Schwarzer (1985), destaca que “se a mulher quiser ter filhos, (...) é melhor que os tenha sem casar, porque o casamento é a maior armadilha” (p.72).

Assim, no discurso feminista a questão da maternidade foi um eixo central para a discussão sobre a desigualdade entre os sexos e passou a ser encarada como defeito natural, à mulher caberia o direito de escolher ou não ser mãe (Scavone, 2001). A recusa a esta condição era a possibilidade de ir contra a dominação masculina. A luta para ter acesso aos contraceptivos e ao aborto se intensificou e em 1960 a pílula anticoncepcional

foi finalmente comercializada nos EUA. O anticoncepcional liberou as mulheres e tornar-se ou não mãe passou a ser uma decisão da mulher.

Scavone (2001) aponta para um segundo momento do movimento feminista, onde começaram os questionamentos acerca da recusa da maternidade. Na América Latina, este segundo momento surge por volta dos anos 1970 “em meio ao autoritarismo e à repressão dos regimes militares dominantes e das falsas democracias autoritárias” (Costa, 2005, p. 13). Neste momento, emergiu um discurso sobre a maternidade como um poder insubstituível, específico da mulher, a condição de mãe conferindo um status para a mulher na sociedade.

O terceiro momento, indicado por Scavone (2001), diz respeito à desconstrução da ideia de que a reprodução determinaria a posição social das mulheres. Com a perspectiva das relações sociais e da introdução do conceito de gênero, as concepções acerca da maternidade, postuladas até então pelo movimento, passaram a ser confrontadas e a maternidade aparece nas suas múltiplas facetas. Desta maneira, “o feminismo lançou os questionamentos e a ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais” (Ávila, 2003, p. S466).

A maternidade deixou assim de ser uma questão localizada na natureza. Com o advento dos métodos contraceptivos e das técnicas de procriação, a mulher poderia finalmente decidir qual o melhor momento para ser mãe. O feminismo celebra assim o triunfo da compreensão da mulher como indivíduo, da mulher enquanto protagonista da maternidade.

O feminismo segue reivindicando o direito da mulher quanto à decisão pela maternidade, ressaltando sua liberdade no que diz respeito às questões referentes ao seu corpo. O domínio sobre o momento de ser mãe foi alcançado graças ao advento dos contraceptivos e mais adiante graças aos métodos de reprodução assistida. E, mais recentemente, surge no interior do movimento feminista uma importante vertente de luta pelo direito da mulher à escolha da via do parto. Apoiando-se nas descobertas científicas sobre o corpo feminino como a descoberta dos anticoncepcionais o discurso feminista sublinhará então o direito e o protagonismo que a mulher poderá ter quanto à escolha da maternidade ou do melhor momento para ser mãe.

## CAPÍTULO 3 - A CONTEMPORANEIDADE: SOCIEDADE TECNOCIENTÍFICA, PRIMAZIA DA TÉCNICA E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

### 3.1. Sociedade tecnocientífica e sujeito pós-moderno

Consideramos importante analisar a sociedade tecnocientífica contemporânea a partir da leitura de Lyotard (2013) sobre o que marca a contemporaneidade. Este autor entende que a passagem da condição moderna para a condição pós-moderna decorre de uma mudança no estatuto do saber na sociedade ocidental:

O antigo princípio segundo o qual a aquisição do saber é indissociável da formação (*Bildung*) do espírito, e mesmo da pessoa, cai e cairá cada vez mais em desuso. Esta relação entre fornecedores e usuários do conhecimento e o próprio conhecimento tende e tenderá a assumir a forma que os produtores e os consumidores de mercadorias têm com estas últimas, ou seja, a forma valor (p. 4/5).

O que Lyotard denominou como condição pós-moderna se caracteriza pelo surgimento de uma incredulidade frente a todo discurso metafísico da modernidade, frente ao saber demonstrativo que pretendia ser universalizante e atemporal (Lyotard, 2013). O declínio dos grandes relatos, segundo Lyotard (2013), ocorreu devido ao desenvolvimento das técnicas e das tecnologias, deslocando, assim, “a ênfase sobre os meios da ação de preferência à ênfase sobre os seus fins” (p. 69). Ou seja, a ciência passou a buscar um fim prático e não mais a verdade. Assim, na pós-modernidade “emerge um novo discurso sobre o mundo no qual nada é, pois que as coisas estão sempre em transformação. Nesta perspectiva a ciência não mais se preocupará em enunciar as leis do real tal qual ele é” (Szapiro, 2013, p. 8).

Hannah Arendt (2011), no livro *Entre o Passado e o Futuro*, também analisa como a ciência transformou radicalmente o mundo e apresenta o declínio da tradição como um marco para a crise do mundo moderno. Podemos ver a crise da modernidade como a crise dos sistemas de transmissão, influenciando diretamente os processos subjetivos e de constituição do homem. Arendt (2011) afirma que o “mundo no qual viemos a viver hoje (...) é muito mais determinado pela ação do homem sobre a natureza, (...) do que pela construção e preservação da obra humana como uma entidade relativamente permanente” (p. 91). Sobre a ação, Arendt (2011) afirma que a mesma é em si e por si simplesmente fútil, uma vez que não deixa um produto final atrás de si. Quando existem consequências

das ações, as mesmas baseiam-se em uma cadeia interminável de acontecimentos, onde o ator não tem capacidade de controlar ou conhecer anteriormente.

Na condição pós-moderna o saber adquire um valor de consumo perdendo seu valor de uso (Lyotard, 2013). Assim, “o valor do conhecimento está, hoje, na sua funcionalidade, o que se sintetiza na forma atual de referência às ‘tecnociências’” (Szapiro, 2009). Portanto, o conhecimento, na condição pós-moderna, resume-se a procurar respostas úteis para qualquer questão, até mesmo as que na modernidade estavam para além do limite do possível (Szapiro, 2009).

Ao nos referirmos a pós-modernidade, analisando a crise da modernidade, não estamos falando de uma ruptura brusca e definitiva com os valores modernos, pois que, como Lyotard (2013) salienta, nenhum dos dois momentos pode ser compreendido separadamente. Vale ressaltar que não há um limite bem delimitado nessa transição, são momentos históricos fluidos, que se misturam e transformam. Neste trabalho buscamos destacar a pós-modernidade, pois entendemos que, ao tratarmos do discurso de humanização do parto, estamos nos referindo a uma nova condição.

Sobre o uso da expressão “condição pós-moderna”, Amorim (2009) salienta que a mesma traz implicitamente a noção de que “as mudanças sociais e culturais que se observam no mundo contemporâneo são de tal modo profundas, que inauguram um paradigma de valores e de comportamentos que não mais obedecem à lógica de funcionamento da chamada modernidade” (p. 9). Este novo paradigma altera, principalmente, a comunicação e as formas de saber.

Amorim (2009) ressalta que três formas discursivas de saber dominaram a história do ocidente: o saber *Métis*, o saber *Mythos* e o saber *Logos*. Retomando a Grécia antiga, a autora destaca que o saber narrativo (*Mythos*) é organizado numa forma discursiva ternária, onde o objeto do discurso transforma-se incessantemente, esta forma é a fala da conversa, onde o que está em jogo é o *reconhecimento* entre os sujeitos. Já o saber demonstrativo (*Logos*), característico da modernidade, tem como base o diálogo binário, ou seja, o terceiro termo é excluído, onde o que está em jogo é o *conhecimento* de um objeto (Amorim, 2009). O saber pragmático (*Métis*) não se dá em discurso, ele é pura ação e se dá em termos de eficácia, independente do discurso (p. 13). Este saber mobiliza um tipo de inteligência, denominada por Amorim (2009) de *inteligência da situação*, que diz respeito à flexibilidade necessária diante das situações imprevisíveis que se apresentam.

Destacamos estas três formas discursivas, pois as mesmas remetem a diferentes modos de subjetivação. O *Mythos* é a narrativa que diz respeito à transmissão de uma verdade que se legitima enquanto crença, já no *Logos* a verdade é transmitida e afirmada pelo discurso da ciência. A *Métis* é a tecnociência, ou seja, a utilização prática da ciência. Assim, na condição pós-moderna “a visão tecnicista da condição humana submete todo o sentido da experiência humana ao imperativo da utilidade, dessimbolizando, de certo modo, as trocas sociais” (Szapiro, 2009, p. 82).

Assim, na condição pós-moderna emerge um novo sujeito que Dufour (2008), acompanhando Lyotard (2013), denomina de sujeito pós-moderno. Com o declínio dos grandes relatos tal como se apresentavam na modernidade (Lyotard, 2013) o sujeito acredita-se racionalmente liberto de amarras, raízes, reservas ou críticas, pois não há mais um lugar de exceção, de uma transcendência (Dufour, 2008). Sem esse lugar definido, Dufour (2008) demonstra que

Ali, portanto, onde muitos nos imaginam livres dos dogmas antigos e são inclinados a nos pensar como que momentaneamente errantes, eu nos vejo como potencialmente submissos a um novo deus, uma nova divindade quase nada perversa, de resto, já que, em vez de nos proibir, nos deixa a rédea solta sobre o pescoço: não há mais regulamentação moral, *laissez faire*. Em suma, teríamos caído sob a dependência de um novo deus meio que sadeano, o Divino Mercado, que nos diria: “Gozem!” (Dufour, 2008, p. 16).

É o discurso do Mercado, *Métis*, portanto, que vai se apropriar deste lugar, onde não caberá nenhuma exceção, onde não se buscará respostas ontológicas sobre a origem (Furtado, 2014). O discurso do Mercado se sustenta fabricando necessidades, estimulando a liberdade e a reinvenção de si a todo o momento. Alteram-se, assim, as noções de tempo e espaço, e de verdade.

A incessante reinvenção de si, dos processos, das tecnologias repercute também no campo da saúde. Lyotard (2013) destaca que o saber médico biotecnológico contemporâneo se assenta no contexto pós-moderno, ou seja, se constitui e baseia nesse contexto onde os limites estão em suspenso. Desta forma, a biotecnologia se oferece proporcionando aos homens a performance compatível com o tempo acelerado da atualidade (Furtado, 2014).

Cabe ressaltar ainda que a biotecnologia vem transformando o modo como compreendemos o corpo humano, através da manipulação dos genes. A intervenção nanobiotecnológica, salienta Pedro (2009), suscita um conjunto de conhecimentos e

práticas que estão para além dos órgãos, determinando os humores, desejos, patologias, personalidades e, principalmente, o que compreendemos como saúde.

A manipulação de partículas do corpo humano permite ultrapassar limites antes inimagináveis, como a distinção entre vivo e não-vivo, principalmente no que diz respeito aos organismos gerados naturalmente e os gerados artificialmente (Furtado, 2014). Acerca desta distinção, Le Breton (2003) argumenta, no livro *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*, que “a existência não começa mais apenas nas profundezas de um corpo de mulher, mas também nas provetas da fecundação *in vitro* (FIV)” (p. 68). A fecundação é separada da maternidade e transformada em pura criação da medicina. Le Breton (2003) destaca que

Com a fantasia do útero artificial pelo qual alguns médicos clamam, ela (*a mãe*) é excluída do começo ao fim do processo. A criança nasceria sem mãe, fora do corpo, sem sexualidade, na transparência de um olhar médico que dominasse cada instante de seu desenvolvimento. A mácula do corpo materno seria apagada pela higiene do procedimento e pela vigilância sem tréguas das máquinas que assinalariam qualquer anomalia (p. 75).

A possibilidade de um útero artificial, levantada por Le Breton (2003), deixa evidente a ruptura dos limites, através dos avanços tecnológicos e a supremacia da técnica. Levando ao extremo as manipulações genéticas surgem questões éticas importantes no que diz respeito à seleção de embriões quando fertilizados e não implantados, e a um possível eugenismo decorrente da seleção dos genes. Uma vez que a biotecnologia abre espaço para o imponderável, para a realização de manipulações antes impensáveis, influenciando assim em uma nova concepção da condição humana. “O autoconhecimento genético tornou-se um mercado do futuro, no sentido não só de predizer doenças ou riscos potenciais à saúde, mas também de proporcionar uma identidade ou ‘verdade de si’” (Manica & Galvez, 2015, p. 34). A tecnologia, portanto, é parte integrante da sociedade contemporânea.

Vemos, portanto, que a exigência de liberação e flexibilidade do mercado, junto com os avanços biotecnológicos, permite ao sujeito pós-moderno ser o que deseja no momento que considerar mais oportuno. O sujeito da tecnociência, o sujeito pós-moderno, utiliza a tecnologia a seu favor a fim de dar conta de suas necessidades. Assim, ao analisarmos o discurso de humanização do parto no contexto da sociedade tecnocientífica contemporânea entendemos ser fundamental levar em consideração essa concepção de sujeito.

### 3.2. A primazia da técnica: o advento da procriação assistida

Diferentes possibilidades de concepção e gestação foram sendo desenvolvidas e colocadas em prática ao longo das últimas décadas. A extensa gama de métodos contraceptivos e de técnicas de procriação abriu inúmeras possibilidades para o planejamento dos filhos que se deseja ter, e para a escolha do melhor momento para gerá-los.

A relevância dos avanços das tecnociências no campo da reprodução humana foi ressaltada por Chatel (1995) no que ela denomina de medicina da procriação. Em *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução* a autora destaca a efetividade da linguagem da medicina, uma vez que as mulheres participam dela, prestam-se a ela, e buscam-na quando se trata de dificuldades de procriar.

Chatel (1995) aponta, ainda, que a medicina, ao erradicar a mortalidade materna e infantil no parto, introduziu uma nova era no que diz respeito à procriação, principalmente com relação à contracepção feminina. Esta nova era foi partilhada com os movimentos feministas, que também buscavam a liberação sexual feminina através da disjunção entre ato sexual e procriação.

Esta disjunção veio acompanhada das tecnologias de contracepção que deram espaço para os discursos onde se procura distinguir entre a criança desejada e a não desejada, de modo a permitir à mulher escolher o momento ideal para procriar, ampliando, assim, o poder de decisão sobre sua vida reprodutiva.

Testart (1993) observa que a infecundidade deixou de ser um problema graças ao surgimento das tecnologias de Procriação Medicamente Assistida (PMA). As tecnologias disponíveis para a procriação - fecundação *in vitro* (FIV) e inseminação artificial - venceram o limite antes existente e se apresentam como solução para problemas como o nascimento de crianças com doenças genéticas e a esterilidade (Testart, 1993).

O primeiro bebê de proveta, por fecundação *in vitro*, brasileiro nasceu em 1984. A reprodução assistida foi encarada como fenômeno extraordinário, um grande avanço que estava à frente de todo o conhecimento acumulado a respeito da sexualidade e reprodução humana (Correa, 1997). Esta tecnologia se apresenta como capaz de suprir o que seriam as “deficiências” da natureza reforçando os êxitos da ciência (Correa, 1997).

As novas tecnologias de reprodução romperiam assim com uma visão naturalista da concepção, colocando-se como possibilidade para o homem superar as barreiras da



infertilidade. Correa (1997) analisa a difusão das mesmas, no Brasil, através de jornais e programas de televisão, no fim da década de 90, e destaca que estas tecnologias são, desde então, utilizadas para a escolha do sexo do bebê, da raça, para vencer as barreiras do corpo feminino devido à idade avançada, etc.

Em sua obra *Homens prováveis: da procriação aleatória à reprodução normativa* Testart (1999) observa que as tecnologias de reprodução se adequam ao desejo dos pais, às necessidades do mercado, ao projeto médico e à boa gestão das sociedades. O autor é o responsável pelo primeiro bebê de proveta da França, em 1982, e vem desenvolvendo um trabalho de análise da repercussão do uso das tecnologias de reprodução na contemporaneidade, analisando como as mesmas estão a serviço de uma sociedade que fabrica necessidades. Testart (1999) critica a forma indiscriminada como as novas tecnologias de reprodução são utilizadas na atualidade, principalmente a falta de regulamentação na triagem de embriões.

As novas tecnologias de reprodução são utilizadas não apenas por casais estéreis, estão disponíveis como garantia ao “direito de ter filhos”. Szapiro e Féres-Carneiro (2002) analisam o caso da maternidade como “produção independente” após os anos sessenta, quando a tecnologia permitiu à mulher conceber a maternidade como uma escolha livre e autônoma, sem a necessidade de um parceiro sexual, ou seja, como uma opção e não um destino inevitável.

As inúmeras possibilidades e tecnologias de reprodução que se apresentam na contemporaneidade caminham junto com o discurso feminista que reafirma a autonomia da mulher, enquanto protagonista e indivíduo de direitos. Inicialmente, os contraceptivos foram os responsáveis pela liberação da mulher de seu destino biológico, permitindo que a maternidade pudesse ser planejada (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002). Com o avanço das descobertas científicas, as novas tecnologias de reprodução ampliaram a possibilidade de planejamento e poder da mulher sobre a maternidade. A mulher pode não apenas planejar quando deseja engravidar, ela pode definir as características do doador, o sexo do bebê, se a criança será gerada por ela ou não, etc.

Assim, a decisão de ter um filho passa a ser compreendida como uma decisão racional, onde a mulher escolhe o melhor momento, utilizando as tecnologias disponíveis na contemporaneidade. A mulher não está mais a mercê de sua biologia, a tecnociência sustenta e confere o protagonismo da mulher na decisão sobre sua vida reprodutiva.

Assim, a tecnologia é cada vez mais utilizada tanto no que diz respeito à concepção, quanto à gestação e ao nascimento. O avanço do conhecimento científico possibilitou o entendimento acerca do funcionamento do corpo feminino, no que diz respeito a seus órgãos e hormônios, permitindo a intervenção em todas as etapas da geração de um filho. Ao longo dos anos a tecnologia utilizada na assistência à mulher foi sendo aprimorada no intuito de facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e trazer mais conforto para as mulheres - em todas as etapas de sua vida reprodutiva. Desta forma, a mulher contemporânea, que está inserida no mercado de trabalho, passou a utilizar as tecnologias disponíveis a serviço de suas necessidades.

### **3.3. A humanização na saúde**

Contrapondo-se à primazia da tecnociência surge um movimento, nos anos 90, que vem questionar o modo como as práticas e intervenções no campo da saúde aconteciam. Este movimento ficou conhecido como humanização da saúde e considera que o avanço da ciência, em conjunto com a tecnologia, contribuiu para a transformação da prática clínica, culminando em uma prática considerada como desumana e impessoal.

A assistência em saúde é considerada, por esse movimento, como “desumanizada” por estar calcada em uma lógica técnico-burocrática, com rotinas rígidas, fragmentação e hierarquização do atendimento, e ao fato de ser centrada no profissional médico como condutor do processo (Souza, Gaíva & Modes, 2011). Eles afirmam que o processo de organização do trabalho na saúde é fragmentado, pois que cada etapa do processo fica a cargo de um grupo de trabalhadores, impedindo que os mesmos tenham uma visão do todo. Ou seja, “essa estratégia agiliza e multiplica o resultado, mas cria um estado de alienação quanto à importância de cada um para a realização completa da tarefa” (Rios, 2009. p. 256).

Assim, a proposta de humanização da saúde aponta que essa forma de organização desimplica os profissionais no cuidado ao paciente e compromete o vínculo entre eles (Rios, 2009). Além disso, salienta-se que o atendimento em saúde é regido por protocolos, baseados em evidências científicas, que definem o modo como a assistência deve ser prestada, até mesmo com relação à comunicação de notícias para o paciente.

Quando nos referimos à humanização no campo da saúde, este conceito vincula-se ao paradigma dos direitos humanos, principalmente no que diz respeito à crítica ao excesso

de medicalização das décadas anteriores aos anos 90 (Vaitsman & Andrade, 2005). No Brasil, as reivindicações acerca dos direitos dos pacientes e da humanização da assistência fazem parte do processo de democratização do país, que ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 (Vaitsman & Andrade, 2005). As lutas antimanicomial, dos portadores de HIV e das feministas deram visibilidade para os questionamentos acerca da assistência em saúde e dos direitos dos pacientes, bem como da equidade e democracia nas relações, impulsionando assim a ampliação do princípio da humanização. Rios (2009) afirma que a humanização nasceu dentro do SUS, pois entende que os princípios do sistema de saúde brasileiro (universalidade, integralidade, equidade e participação social) são inspirados na filosofia Humanista.

As propostas humanizadoras ganharam destaque nos hospitais públicos brasileiros, antes mesmo da instituição de programas e políticas pelo Estado. As primeiras ações não transformavam a organização hospitalar, mas serviam como válvulas de escape para o sofrimento que o ambiente hospitalar gerava em trabalhadores e pacientes (Rios, 2009).

O conceito de humanização começou a ganhar força no Brasil a partir dos anos 2000, quando foi incluído na pauta da XI Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título “*Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*”. Neste momento buscava-se interferir nas agendas das políticas públicas de saúde (Benevides & Passos, 2005).

Como consequência dessa discussão e das diferentes ações desenvolvidas em alguns hospitais, o conceito de humanização, fundado nas noções de dignidade e respeito à vida humana, foi utilizado como princípio de dois programas de saúde no Brasil: o Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN (2000) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (2001). Benevides e Passos (2005) destacam que entre 1999 e 2002, outros Programas e ações foram propostos pelo Ministério da Saúde levando em consideração o debate sobre a qualidade da atenção ao usuário, estabelecendo “uma tênue relação entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário” (p. 390).

Vale ressaltar que o conceito de humanização assume diferentes perspectivas, não está ligado apenas à garantia de direitos dos pacientes. Este conceito estende-se a organização dos serviços de saúde e as condições de trabalho, visando melhorar não apenas a relação interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes, mas transformar a cultura institucional através de uma construção coletiva de compromissos éticos para a gestão dos

serviços e para as ações de atenção à saúde (Rios, 2009). Martins e Luzio (2015) ampliam ainda mais o termo humanização ao destacar que

O movimento em torno da humanização abarca uma amplitude de discussões, tais como: a qualidade do serviço (eficiência, eficácia, efetividade, equidade, acesso, qualidade técnico-científica e etc.); relações interpessoais; os direitos dos usuários; a interface atenção/gestão; no trabalho em saúde e a saúde do trabalhador; o Estado de direito e o direito à saúde; a dimensão política do fazer saúde; novas delimitações de saúde e doença na superação do paradigma hegemônico; a medicalização da vida, entre vários outros aspectos do campo da Saúde Coletiva (p. 4).

Apesar de o termo ser bastante amplo, a grande preocupação nos anos 2000 girava em torno das práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. As propostas humanizadoras dos Programas buscavam fortalecer e valorizar os aspectos sociais e subjetivos da assistência à saúde. Era uma tentativa de qualificar os serviços e de torná-los mais efetivos e cuidadosos. Assim, em 2003 a humanização deixou de ser uma preocupação pontual e tornou-se uma política do SUS, a Política Nacional de Humanização – PNH, mais conhecida como “HumanizaSUS” (Martins & Luzio, 2015).

A PNH ou “HumanizaSUS” surge como proposta de expansão da humanização para todo o território nacional, descentralizando as iniciativas e intervenções. É uma política que visa retomar e reafirmar a saúde como valor de uso, estimulando a criação de espaços de troca de saberes e o protagonismo dos envolvidos (Benevides & Passos, 2005). A principal proposta era a humanização da atenção e da gestão em saúde, visando qualificar e transformar as práticas de saúde em todo o país. A política propõe um processo de criação conjunta que envolve dimensões estéticas, políticas e éticas.

Pasche e Passos (2008) entendem a PNH como uma força de resistência ao projeto em curso na sociedade que diminui e desvaloriza a autonomia e capacidade inventiva dos sujeitos. Rios (2009) analisa que a humanização surge no momento em que a sociedade pós-moderna estava revendo valores e atitudes, como salientamos anteriormente. Neste sentido, alguns autores evidenciam a posição de que o conceito de humanização aparece como possibilidade de construção de outra realidade (Pasche & Passos, 2008; Rios, 2009; Martins, 2015).

Cabe ressaltar ainda que diversos trabalhos sobre a humanização da saúde entendem que a PNH é uma tentativa de resgate do protagonismo, tanto dos trabalhadores de saúde, quanto dos usuários, uma aposta no cuidado compartilhado, no coletivo e na

construção de redes (Pasche & Passos, 2008; Rios, 2009; Martins, 2015). É uma política que vai de encontro à atenção à saúde existente no Brasil, fundada nos princípios da medicina moderna, que se organiza de forma rígida, com modalidades de acesso definidas e limitadas, além de pautar-se no conhecimento dos especialistas, e trabalhar com modos de cuidado centrados na queixa e na doença.

### ***3.3.1. Humanização do parto: uma “nova proposta” de assistência, o protagonismo da mulher***

O termo humanizar é utilizado na assistência ao parto há algumas décadas, contudo, o mesmo assume sentidos distintos nos mais diferentes lugares do mundo e épocas (Diniz, 2005). No Brasil, por exemplo, no início do século XX, Fernando Magalhães considerou o uso do fórceps e a narcose como tecnologias que humanizaram a assistência ao parto (Diniz, 2005).

No contexto do pós-guerra, diversas vertentes começam a questionar o modelo hegemônico de assistência ao parto. Não há uma referência específica a um movimento, são diferentes grupos em vários países que passam a criticar o modelo tecnocrático (Diniz, 2005). A crítica principal recai sobre a hospitalização e medicalização do parto, onde a mulher é retirada de seu habitat natural para um ambiente novo, com normas rígidas, rotinas, sem controle da situação, intensificando seus medos e temores (Lima & Siebra, 2006).

Podemos citar alguns críticos considerados de dentro da obstetrícia como Grantly Dick-Read e Fernand Lamaze, que indagavam sobre a excessiva intervenção de enfermeiras e médicos sobre o corpo feminino, no intuito de aliviar dores (Tornquist, 2004). Ambos fazem uma releitura das dores do parto e pretendem eliminá-las através de meios não medicamentosos (Salem, 2007). Tornquist (2004) salienta ainda que

Esses médicos preocuparam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no processo do parto, ressaltando que elas detinham condições inatas de – desde que educadas para isto – atravessar o momento do parto de forma não traumática. Eles estavam sintonizados com a crescente demanda de mulheres que os procuravam e que vinha aumentando em setores médios. Também, censuravam as campanhas natalistas dos governos europeus, que haviam marcado o pós-guerra, e ainda, materializaram as críticas geradas pelas disciplinas pasteurianas, entre elas, a separação do bebê de sua mãe, as técnicas artificiais de nutrição, bem como a submissão da gestante às rotinas e normas médicas (p. 108).

A técnica defendida por Dick-Read é conhecida como parto sem medo ou parto natural. Já Lamaze é o responsável pelo método psicoprofilático, que surge na Europa nos anos 50. A fusão dessas correntes deu origem ao Parto sem Dor (PSD), uma vez que compreendiam que a dor não era inerente ao parto e sim expressão de distorções socioculturais (Salem, 2007). Esse método compreendia que deveria haver uma preparação da gestante, uma reeducação física e psíquica, fazendo com que a mesma não perdesse o controle das emoções durante o trabalho de parto (Tornquist, 2004). Com essa preparação entendia-se que seria devolvido o protagonismo no parto para as mulheres, libertando-as do peso católico-cristão, e permitindo-as suportar a dor com o treinamento – onde a mulher aprendia técnicas de postura e respiração (Tornquist, 2004).

Inspirados no Parto sem Dor surge o movimento do parto natural de Frédérick Leboyer, Michel Odent, Sheila Kitzinger e Michel Paciornik, considerados vanguardas obstétricas por estarem à frente do seu tempo ao romperem com tradições religiosas, são a geração pós-PSD (Tornquist, 2004). Leboyer defendia o nascimento sem violência e Sheila Kitzinger o método psicosssexual (Salem, 2007). Odent segue a linha de Leboyer, dando especial atenção à criança na hora do nascimento (Salem, 2007). Contudo, com o passar dos anos, na maternidade de Pithiviers, na França, adota uma postura mais crítica à medicalização do parto e da gestação, trabalhando com o parto fisiológico, com o mínimo de intervenções, respeitando a fisiologia natural do parto (Salem, 2007). Já Michel Paciornik desenvolve um trabalho sobre o parto de cócoras, baseado na atuação em reservas indígenas no Sul do Brasil (Tornquist, 2002).

Nesta época, as práticas do método Leboyer e do parto natural ou de cócoras não eram institucionalizadas, estavam ligadas a redes de reciprocidade e à medicina privada – médicos alternativos (Tornquist, 2004). Tornquist (2004) chama atenção para o fato de que existem similaridades entre a geração PSD e pós-PSD, bem como divergências, como a questão da eroticidade e o apoio do pai no trabalho de parto, que surge como uma figura de extrema importância com o embaralhamento dos papéis de gênero nos anos 80.

No que diz respeito aos estudos científicos sobre a saúde perinatal, em 1979, no Ano Internacional da Criança, foi “criado na Europa um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e materna naquele continente” (Diniz, 2001, p. 2). O trabalho realizado pelo Comitê foi o pontapé para sistematização de estudos acerca da segurança e eficácia da assistência ao parto e nascimento, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). “Este

movimento e seus desdobramentos ficou conhecido como Medicina Baseada na Evidência científica e se organizou em grande medida sob a influência e o entusiasmo do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane” (Diniz, 2001, p. 3).

A partir do trabalho deste Comitê, ocorre uma mudança na assistência ao parto, uma nova compreensão acerca do papel do profissional de saúde que atuará no nascimento. O mesmo deve realizar os procedimentos centrados no que a mulher necessita e no mínimo de intervenção sobre a fisiologia do parto. Também encontraram que as taxas de mortalidade perinatal se mantinham baixas nos países onde o índice de cesárea estava abaixo de 10% (Diniz, 2005). Contudo, as evidências encontradas a partir de estudos sistemáticos geraram diversas reações negativas da comunidade médica.

Mesmo assim, a Organização Mundial de Saúde, fez uma síntese desses trabalhos e publicou, em 1996, o que ficou conhecido como as “Recomendações da OMS” (Diniz, 2005). Na perspectiva da Medicina Baseada na Evidência (MBE) há uma grande mudança na forma de assistir o parto, pois se compreende que o nascimento é um evento fisiológico, pessoal e familiar, dando espaço para elementos antes vistos como indesejáveis. Para a MBE o parto deixa de ser um evento médico cirúrgico (Diniz, 2005).

No Brasil, o discurso da humanização do parto surge, na década de 1970, através da experiência de profissionais de diversos Estados, influenciados pela prática dos índios e das parteiras (Diniz, 2005). O movimento tem como prioridade as “Recomendações da OMS”, difundidas a partir de 1985, e é chamado de Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) (Franklin & Bittar, 2015).

As reflexões e críticas, acerca do modelo de assistência ao parto vigente na década de 1980, ganharam impulso no Brasil a partir do movimento sanitário, do movimento de redemocratização política e do movimento de mulheres - que reivindicavam direitos reprodutivos e sexuais, e criticavam o modelo médico hegemônico (Pereira & Moura, 2008).

Vaitsman e Andrade (2005) salientam que o feminismo foi importante para a consolidação da humanização do atendimento, pois questiona os valores instrumentais e masculinos da sociedade, além de criticar a medicalização do parto. Ainda de acordo com esses autores “na proposta feminista, humanizar passou a significar recuperar os valores afetivos e as relações de intimidade características da esfera privada, de onde, diriam algumas correntes, o parto nunca deveria ter saído, migrando para o hospital” (p. 609).

O Brasil foi sede de duas conferências internacionais, organizadas pela OMS, para tratar da assistência ao parto. Em 1985, não utilizaram o termo humanização, mas buscaram incorporar o saber das parteiras rurais (Vaitsman & Andrade, 2005). Já em 2000, na “*International Conference on the Humanization of Childbirth*”, a humanização foi definida como princípio.

Em 1993, diversos profissionais, representantes de grupos e entidades, se reuniram em Campinas para discutir a situação do nascimento na sociedade brasileira, deste encontro resultou a criação da REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Esta rede é responsável por apoiar, promover e reivindicar a prática de atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, baseando-se na MBE e nas “Recomendações da OMS” (Rattner et al, 2010).

A partir desses acontecimentos e do avanço no conhecimento acerca da humanização do parto, foi implementada em 1994, na cidade do Rio de Janeiro, a Política de Humanização do Parto e Nascimento (Portella, 2014). Esta Política preconizava que as gestantes consideradas de baixo risco deveriam ser atendidas por enfermeiras obstétricas no pré-natal e no parto (Portella, 2014).

O embrião das políticas públicas federais de humanização do parto surge a partir de 1997 com a veiculação na mídia de campanhas em favor do parto normal (Portella, 2014). O Ministério da Saúde, em 1998, começa a dar maior atenção à assistência ao parto devido ao aumento das taxas de cesarianas, adotando, assim, medidas estratégicas que visavam influenciar o cenário obstétrico do país, como o pagamento de analgesia e o aumento da remuneração dos médicos em partos vaginais, além de definir metas para reduzir a taxa de cesariana no SUS (Portella, 2014). Estas medidas foram atualizadas através do Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, lançado em 2000 (Rattner, 2009). Ainda no âmbito federal, em 1999, os Centros de Partos Normal no SUS são criados focando em um modelo de assistência voltada para a enfermeira obstétrica, com o intuito de atender às gestantes de baixo risco (Ministério da Saúde, 1999).

Ainda destacando as ações e políticas que visavam a humanização da assistência ao parto, foi instituído, em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) que aparece como a primeira iniciativa mais abrangente no âmbito federal (Portella, 2014). Já em 2011 surge a Rede Cegonha com o objetivo de propor um novo modelo de atenção à saúde da criança, ao parto e ao nascimento, e de reduzir a morte de mulheres no parto e na gestação, bem como a mortalidade neonatal (Santos, Melo & Cruz, 2015).



Diniz (2001) chama atenção para o fato de que a humanização do parto é “uma versão brasileira, ou latino-americana, daquilo que nos países de língua inglesa é chamado movimento por um “gentlebirth”, “respectfulbirth” (...). Ou (...) o “natural childbirth” e suas muitas variações, herdeiros da tradição menos ou mais crítica da assistência” (p. 24).

O movimento de humanização do parto e nascimento questiona o uso excessivo de tecnologias da medicina na assistência ao parto. Ou seja, denuncia práticas que consideram abusivas e violentas na assistência ao parto. A principal acusação é contra as práticas que interferem nos mecanismos fisiológicos do parto, causando mais dor às mulheres. Entendem que essas práticas acabam influenciando as mulheres a optarem pelo parto cesáreo, por não desejam passar pela dor e pelo risco do parto vaginal – na forma como ele é realizado em sua maioria no país.

O MHPN incorporou, além da crítica à medicalização do parto, valores como a valorização da subjetividade, do prazer, da liberdade, da afetividade e do retorno ao natural. A compreensão da gestação, parto e nascimento como fase do ciclo de vida, é frequente no discurso de humanização do parto, indicando uma aproximação com o movimento ecológico (Pereira & Moura, 2008).

No Brasil, o MHPN é extenso e não se resume a uma categoria profissional, é formado principalmente por médicos e enfermeiros, mas também por psicólogos, ativistas, feministas, usuárias dos serviços de saúde, fisioterapeutas e profissionais liberais (Diniz, 2005). Com o advento da internet, muitos encontros e debates são realizados virtualmente, e foram fortalecidos pela criação de grupos e coletivos. Importante destacar que, como vimos, a noção de humanização do parto é objeto de diferentes interpretações e disputas políticas, bem como profissionais (Vaitsman & Andrade, 2005).

## **CAPÍTULO 4 - O DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

A análise dos trinta e sete estudos encontrados nas bases de dados Scielo, LILACS e Portal CAPES, nos colocou diante de diferentes discursos acerca da humanização do parto no Brasil. No entanto, alguns pontos de convergência destacam-se e tomam corpo, permitindo uma compreensão sobre o discurso de humanização do parto a partir de alguns temas centrais. Neste capítulo, analisaremos os principais pontos do discurso de humanização do parto a luz do entendimento acerca da sociedade tecnocientífica contemporânea.

Cabe destacar aqui um dado que chamou nossa atenção: mais de 70% dos autores das publicações pesquisadas são da área da enfermagem, em segundo lugar aparecem os autores da área da medicina. Assim, os artigos analisados nesta dissertação sugerem que a discussão sobre a questão da humanização do parto mobiliza, principalmente, a área da enfermagem.

### **4.1. O novo discurso de protagonismo da mulher**

A humanização do parto, para a grande maioria dos trabalhos analisados, se dá através do denominado protagonismo da mulher (Kruno & Bonilha, 2004; Seibert et al, 2005; Dias & Domingues, 2005; Dias & Deslandes, 2006; Moura et al, 2007; Moreira et al, 2009; Longo, Andraus & Barbosa, 2010). Ou seja, essa compreensão de humanização entende que a assistência ao parto deve levar em consideração a mulher como um todo, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios, respeitando suas crenças, valores, dignidade, cultura e opinião. Para estes autores, antes de questionar o excesso de procedimentos intervencionistas no parto, deve-se reconhecer a mulher como sujeito ativo e protagonista desse acontecimento. Assim, ela deixaria de ser mera espectadora e receptora de cuidados e passaria a participar ativamente do processo de parturição.

O resgate do protagonismo da mulher surgiria como oposição à “despersonalização” das mulheres que ocorreria na assistência ao parto do modelo hegemônico de cuidado – modelo tecnocrático. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde (2002), também critica os procedimentos

que levaram a despersonalização e dá ênfase ao resgate da dignidade da mulher durante o parto (Griboski & Guilhem, 2006).

Griboski e Guilhem (2006) destacam que a despersonalização ocorreu a partir do momento em que a mulher deixou de ser a protagonista e os profissionais de saúde se colocaram como atores principais do parto. Ou seja, quando dominaram o saber e a técnica para o controle do processo parturitivo. A partir desse domínio o corpo da mulher passou a ser encarado como objeto do procedimento técnico a ser realizado.

Além disso, a partir das transformações citadas anteriormente com relação à modernidade, o foco da assistência ao parto passou a ser, principalmente, o bebê. Com o avanço da tecnologia acerca do nascimento, o objetivo da “produção de crianças saudáveis” tornou-se possível. O controle do corpo da mulher, aliado ao avanço tecnológico, possibilitou um controle maior sobre a saúde do feto, um exemplo disso é a ultrassonografia, que permite ao médico avaliar o bem-estar fetal, sem necessitar saber das sensações e sentimentos da mulher.

Os trabalhos analisados utilizam a denúncia das práticas hegemônicas de assistência ao parto, apontadas como desumanizadoras, como justificativa para argumentar a necessidade de dar mais espaço e voz para as mulheres. Os autores citam que o deslocamento da mulher do ambiente familiar para o hospital acarretou profundas mudanças na assistência que acabaram por desconsiderar sua individualidade, uma vez que a gestante deixou de estar ao lado de seus familiares em um ambiente conhecido, passando a se submeter a regras e rotinas em um local novo e asséptico (Diniz, 2005; Souza, Gaíva & Modes, 2011; Rebello & Rodrigues Neto, 2012; Dodou et al, 2014).

O entendimento do que seja tornar as mulheres protagonistas do parto passa por dar autonomia e poder de escolha para elas, ampliando, melhorando e qualificando a comunicação com a equipe de saúde. Ou seja, defendem que a mulher precisa estar integrada com os profissionais que irão atendê-la, e ter garantido o contato com o profissional que irá realizar o parto.

A integração da mulher com a equipe envolve diálogo, melhora e qualificação da relação médico-paciente e, principalmente, envolvimento da mesma em todas as etapas do atendimento (pré-parto, parto, pós-parto e puerpério). Além disso, Marque, Dias e Azevedo (2006) destacam a necessidade de prestar informações a gestante com relação a todos os procedimentos, a fim de prevenir e controlar a ansiedade e o medo, bem como fornecer as “informações necessárias para que possa escolher com tranquilidade o local, o tipo de

parto, o profissional que lhe assistirá, o acompanhante, a posição de parição, entre outras, respeitando sempre a participação de sua família em todo esse processo” (Marque, Dias & Azevedo, 2006, p. 440).

Cabe aqui retomarmos a discussão dos capítulos anteriores com relação à posição da mulher na sociedade contemporânea. Vimos que o feminismo contribuiu para a emancipação das mulheres, na luta por garantia de direitos no que diz respeito a seu corpo. Assim, é possível considerar que o discurso de humanização do parto, ao defender a necessidade de reconhecimento da mulher como protagonista, ancora-se nas lutas feministas, ou seja, no entendimento da mulher como indivíduo senhor de suas escolhas.

#### ***4.1.1. Acolhimento e garantia de direitos***

Nos autores analisados identificamos a ideia de que a relação mais próxima com a mulher faz parte do que assim denominam de acolhimento, e indicam que o mesmo é uma das maneiras de humanizar a assistência ao parto (Monteiro & Tavares, 2004; Dias & Deslandes, 2006; Marque, Dias & Azevedo, 2006; Nagahama & Santiago, 2008; Moreira et al, 2009; Brenes et al, 2009; Bessa & Mamede, 2010; Souza, Gaíva & Modes, 2011; Rebello & Rodrigues Neto, 2012).

Sendo assim, veiculam um discurso que valoriza a participação da família, incentivando principalmente a presença e participação ativa do acompanhante na hora do parto. A esse respeito, existe um entendimento de que a humanização estaria também na adequação a cada um dos envolvidos no parto (Seibert et al, 2005). No Brasil, o direito ao acompanhante é garantido pela lei 11.108, de 2005.

Essa lei regulamenta que os serviços do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada, devem permitir a presença, junto à mulher, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Além disso, garante que tal acompanhante deve ser escolhido pela parturiente (Dodou et al, 2014, p. 263).

Longo, Andraus e Barbosa (2010) argumentam que as mulheres sentem necessidade de ter algum conhecido quando estão em trabalho de parto, e que o suporte emocional fornecido nesse momento auxilia na diminuição do percentual de analgesia e uso de ocitócitos para aceleração do processo. Já Dodou et al (2014) destacam que a

presença de um acompanhante oferece conforto e dá coragem a mulher, reduzindo sentimentos como solidão, ansiedade e o estresse.

Contudo, os trabalhos apontam que ainda existem dificuldades na efetivação deste direito. Muitos hospitais alegam não possuir infraestrutura física adequada para receber a mulher e seu acompanhante (Longo, Andraus & Barbosa, 2010). Outra dificuldade está no despreparo das equipes de saúde para lidar com a presença dele. Dois artigos dão especial atenção à presença do acompanhante, considerando o mesmo como peça fundamental para a humanização do parto (Longo, Andraus & Barbosa, 2010; Dodou et al, 2014). Essa noção também está presente no discurso de profissionais e estudantes de medicina e enfermagem, ao serem questionados sobre as práticas e condutas que humanizam a assistência ao parto.

Entretanto, Rebello e Rodrigues Neto (2012) chamam a atenção para o fato de que esta é “uma visão limitada do processo de humanização, em que continua prevalecendo a obediência a uma “nova” rotina hospitalar rígida, imposta por norma governamental e não a utilização de uma tecnologia inovadora, cientificamente comprovada como benéfica” (Rebello & Rodrigues Neto, 2012, p. 191). O que eles refletem e questionam é que, ao dar ênfase à inclusão do acompanhante, o discurso de humanização fica reduzido a apenas uma conduta humanizadora.

#### **4.2. O retorno à visão de naturalização do ato de parir**

Outro tema que recebe grande destaque nas pesquisas analisadas é a necessidade de redução das intervenções no parto, consideradas desnecessárias. O discurso analisado está de acordo com as “Recomendações da OMS”, que orienta não eliminar todas as intervenções e sim reduzi-las para aquelas de eficácia comprovada. Desta forma, Tornquist (2002) destaca que

O conjunto de medidas tidas, então, como *humanizadoras* busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais *naturais* (p. 484).

Assim, as evidências científicas utilizadas como balizadoras do discurso de humanização apontam a necessidade de respeitar a fisiologia do parto, considerando-o

como um evento natural e parte integrante da existência feminina. Deste modo, os profissionais de saúde precisariam respeitar o processo fisiológico e dinâmico do parto, sendo cuidadosos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Kruno & Bonilha, 2004).

Há um consenso nas pesquisas sobre a transformação da assistência ao parto. Os autores salientam que o excesso de tecnologia levou o parto a ser encarado como algo complexo e patológico, portanto, a humanização defende a necessidade de ele ser compreendido a partir da sua natureza, de ser visto como um evento simples e sadio.

A valorização do parto enquanto evento fisiológico tem como grande expoente Michel Odent. O autor denuncia o imperialismo técnico e desenvolve seu trabalho enquanto resistência à tecnologia, propagando a subordinação da lógica e da razão ao emocional e instintivo (Salem, 2007). Dessa forma, passa a trabalhar com o mínimo de intervenção possível, buscando um retorno ao natural, munindo-se de técnicas que permitam a mulher estar em contato com os sinais do seu corpo, com seus hormônios, esquecendo o que é cultural. Assim, há uma supremacia dos aspectos biológicos e fisiológicos do parto.

O trabalho de Odent, através da experiência na maternidade Pithieviers e dos trabalhos publicados, inspirou a humanização no Brasil e encontra-se presente no discurso dos artigos analisados. Principalmente no que diz tange à necessidade de respeitar a fisiologia natural do parto, de deixar a mulher livre para se movimentar, auxiliá-la a esquecer os problemas e preocupações.

Encontramos ainda uma referência ao trabalho de Lamaze no que diz respeito ao treinamento e transmissão de informação antes do parto, para que a mulher aprenda a controlar seus medos, pensamentos, emoções e respiração, no intuito de contribuir com a fisiologia do nascimento. Vemos esse discurso nos artigos que citam o grupo com gestantes como ferramenta importante para a humanização do parto (Teixeira & Chanes, 2003; Monteiro & Tavares, 2004; Bessa & Mamede, 2010).

Todavia, a grande maioria das pesquisas cita a necessidade de respeitar o processo fisiológico do parto, de compreendê-lo como um evento natural (Kruno & Bonilha, 2004; Dias & Domingues, 2005; Seibert et al, 2005; Moreira et al, 2006; Lima & Siebra, 2006; Moura et al, 2007; Pereira et al, 2007; Moreira et al, 2009; Pereira & Moura, 2009; Bessa & Mamede, 2010; Souza, Gaíva & Modes, 2011; Wei et al, 2012; Rebello & Rodrigues-Neto, 2012). Para esses autores alguns valores adquirem importância no modelo de

humanização do parto como: permitir que a mulher vivencie o momento com privacidade, segurança, livre de rotinas rígidas e de posições pré-definidas.

Eles apontam ainda que as enfermeiras obstétricas e as obstetrizes são as mais capacitadas para garantir a atenção humanizada, para colocar em prática as propostas destacadas. As enfermeiras obstétricas e as obstetrizes são formadas para assistir os partos de baixo risco, a “Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/86), desde 1986, assegura a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distócia” (Wolff & Moura, 2004, p. 281). Algumas pesquisas tratam da assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas, destacando a importância do seu papel para a humanização do parto (Marque, Dias & Azevedo, 2006; Moura et al, 2007; Moreira et al, 2009; Capilé et al, 2011; Busanello et al, 2011; Souza et al, 2013).

Deste modo, parece haver uma tentativa de retorno à compreensão do parto anterior ao advento da tecnologia, numa busca a uma forma natural de parir dos seres humanos, ao destacarem a importância do instinto universal materno para o processo parturitivo. Tornquist (2002) salienta que “o próprio termo ‘humanização’ reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de ‘animalizar’” (p. 488). Nesse sentido, Odent encara a mulher como mamífera, a partir de seus instintos e incentiva que se deixem levar pelo momento, vivenciando o descontrole que o parto fisiológico proporciona (Salem, 2007). Portanto, as mulheres precisariam se livrar da dimensão cultural para reencontrar seu instinto perdido (Tornquist, 2002).

A necessidade de se distanciar da cultura e ficar imersa na experiência do parto é justificada a partir de evidências científicas, baseadas na neurociência, biologia e fisiologia, como exemplificam Kruno e Bonilha (2004)

Quando uma mulher está parindo, sem medicações, ela tem uma tendência a isolar-se, ficando bastante introspectiva. Dessa forma ela está reduzindo o controle exercido pelo neocórtex (cérebro racional), o que significa o aspecto mais importante da fisiologia do parto, na prática. Com isso, os hormônios similares à adrenalina ficam reduzidos, deixando agir as endorfinas (analgésico natural), a prolactina (produção do leite) e a ocitocina (contratibilidade uterina). Ao contrário, todos os estímulos externos (medo, perguntas, luz forte, insegurança...), podem elevar os níveis de adrenalina no organismo materno, interferindo nessa cadeia hormonal e prejudicando o andamento natural do trabalho de parto (p. 399).

O discurso em defesa do parto fisiológico, da necessidade de diminuir as intervenções e medicamentos, e o estímulo para que a natureza se encarregue do processo parturitivo, acaba, segundo Tornquist (2002), reproduzindo e reforçando a noção de instinto materno. Moreira et al (2006) afirmam que humanizar o parto “significa acolher a parturiente, respeitar sua individualidade de fêmea” (p. 8). Assim,

O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal. (Tornquist, 2002, p. 489).

A valorização da fisiologia do parto naturaliza a maternidade, fazendo ressurgir a noção de mulher-mãe como algo inato, instintual, natural e integrante da condição feminina. Aqui vemos uma volta ao entendimento da mulher enquanto reprodutora, enquanto corpo reprodutivo, no sentido de que a mesma tem como função primordial gerar outra vida. Este entendimento, como vimos, foi amplamente defendido e estimulado no século XIX.

Para o discurso de humanização do parto as mulheres precisariam ser ensinadas a parir sem intervenção, precisariam de espaço para “reaprender” e encontrar a essência perdida com a civilização. Refletindo sobre essa concepção, Tornquist (2002) dá uma importante contribuição ao dizer que essa compreensão de humanização entende a cultura como mero constrangimento que deveríamos nos livrar, não a encara como condição humana da qual não é possível escapar. Reduzir a cultura a algo meramente aprendido e que pode ser deixada de lado através de técnicas nos parece um equívoco, uma vez que a condição humana é uma condição na cultura e é através dela que o ser humano cria um mundo possível para habitar, um mundo simbólico, a fim de superar sua condição de incompletude, como assinalamos anteriormente.

Esse discurso de humanização critica o modelo tecnocrático positivando a dimensão entendida como natural e negando a tida como cultural, social, ocidental e medicalizada (Tornquist, 2002). Essa busca de retorno e defesa do natural/fisiológico nos parece impossível na medida em que a sociedade tecnocientífica contemporânea se ancora em outro paradigma, como discutido anteriormente.



### **4.3. Tensões e controvérsias do discurso de humanização do parto na sociedade tecnocientífica contemporânea**

O discurso de humanização, tal como apresentado nos trabalhos analisados, surge em meados do século XX, dentro do contexto cultural das sociedades capitalistas ultraliberais do mundo ocidental. Como destacamos nos capítulos anteriores, isto ocorre num século marcado pela hegemonia da tecnociência tendo o pragmatismo e o utilitarismo como horizontes filosóficos (Furtado, 2014).

Quando olhamos para os trabalhos utilizados como base para a análise do discurso de humanização veiculado no Brasil, encontramos referências a obstetras - como Lamaze, Odent, Leboyer, Dick-Read e Paciornik - que calcaram seus trabalhos no discurso científico e que traduzem em métodos e recomendações suas experiências. A crítica à medicalização do parto gerou a sistematização de estudos que serviram como base para a Medicina Baseada em Evidências com o objetivo de reduzir as intervenções no parto.

O que queremos chamar atenção aqui é que o discurso de humanização do parto se apoia em um conjunto de saberes científicos, do mesmo modo que também o faz o discurso do modelo “tecnocrático” de assistência ao parto que entende o parto como patologia com necessidade da intervenção médica e tecnológica. Ambos são discursos que se constituem a partir de conhecimentos científicos, são saberes demonstrativos pautados pelo paradigma científico. São enunciados verificáveis e ambos reivindicam serem enunciados colocados à prova. Ambos os discursos comunicam descobertas, divulgam conhecimentos. Como Lebrun (2004) assinala “eles se verificam acumuláveis, ao ponto de novos enunciados tornarem caducos os precedentes” (p. 60).

Assim, o discurso de humanização guarda pontos de articulação com o discurso ao qual busca se opor – o discurso sobre o parto do “modelo tecnocrático”. Pontos de articulação no sentido de que, apesar de ser um novo enunciado, uma nova proposta, que explica e entende o parto de outra maneira, criticando e questionando as concepções deste enquanto ato médico, ambos procedem de saberes científicos.

O discurso de humanização veiculado nos estudos apresenta similaridades com relação à compreensão de Castro & Clapis (2005) sobre a trajetória do modelo tecnocrático

A medicalização do parto e o abuso tecnológico foram favorecidos pelo fato do parto ter se transformado em ato médico e hospitalizado, a evolução da prática

obstétrica e a instauração da medicina científica cooperou para a apropriação e despersonalização do corpo feminino (p. 964).

A nosso ver, há que analisar o que se está compreendendo como ato médico. As argumentações apresentadas nos trabalhos sobre humanização giram em torno da apropriação médica da assistência e da excessiva intervenção (medicamentosa e invasiva) no parto. Entretanto, lembrando Clavreul (1983), o ato médico não é um ato do médico, não se resume ao saber da Medicina. O ato médico se refere, sobretudo, a um modo de organização subjetiva. Esse modo de organização se sustenta através da construção de enunciados que, pela sua objetividade, sua cientificidade, tornam-se imperativamente verdadeiros. Ou seja, enunciados científicos reproduzidos por todos, que produzem valores de verdade desde a modernidade, e sustentam as atitudes dos seres humanos frente à vida. Clavreul (1983) ressalta neste aspecto que nossas sociedades são medicamente organizadas porque estão ordenadas a partir do discurso médico-científico.

Diferentes atores veiculam a proposta do discurso de humanização do parto, ele não está restrito aos profissionais de saúde e não se restringe aos que iniciaram este movimento. Este discurso faz parte de diversas redes de reivindicação por direitos das mulheres, da rede de mulheres mães, de profissionais de saúde, está em toda a parte reproduzindo e produzindo novas narrativas.

Podemos observar que, assim como o modelo tecnocrático, o discurso de humanização também é prescritivo, obedece à uma racionalidade médica e técnica. Nos artigos analisados encontramos a importância de agir conforme uma metodologia, uma fórmula, a fim de humanizar o parto. Algumas dessas prescrições, condutas a serem seguidas, são: dar autonomia a mulher, permitir a presença do acompanhante, respeitar a fisiologia natural do parto, flexibilizar rotinas, dar informação a mulher, melhorar a relação equipe-paciente, etc. Rebello e Rodrigues Neto (2012), como assinalamos anteriormente, chamam atenção para este fato ao analisarem a concepção de parto humanizado na perspectiva de estudantes de Medicina.

Dessa forma, podemos considerar que ambos os discursos sobre o parto são fundamentalmente normatizadores, classificam comportamentos e determinam de condutas preventivas. Devido a este caráter regulador, estes discursos operam por meio de pequenas fórmulas, com imperativos, visando exercer pressão, abolir necessidades, inventar outras, modular gestos, atrair e desviar vontades (Clavreul, 1983). O discurso humanizador é, também, um discurso médico-científico.

Desse modo, o questionamento acerca das práticas intervencionistas e a atribuição à Medicina essa atitude, não pode ser uma denúncia do “ato do médico”, uma vez que a assistência ao parto foi e continua sendo um ato médico. Capturada pelo discurso científico, a assistência ao parto deixou de ser uma experiência coletiva, um conhecimento baseado na experiência e na tradição, um saber narrativo, e passou a ser um discurso médico-científico ordenador de subjetividades.

Assim, ao examinarmos os artigos, as teses e as dissertações, vemos que tanto o modelo tecnocrático quanto o modelo do discurso de humanização do parto, veiculam diferentes técnicas. São discursos científicos propositivos, com técnicas e intervenções a serem seguidas, a partir de diferenças nas concepções sobre o parto e na forma de assistir as mulheres numa sociedade medicalizada.

Os trabalhos analisados apontam que as recomendações e técnicas necessárias para um atendimento humanizado não estão sendo seguidas nas principais instituições do país, com algumas iniciativas pontuais de efetivação da humanização do parto, principalmente, nos partos domiciliares ou em hospitais particulares. Dias e Deslandes (2006), ao estudarem mulheres usuárias de uma maternidade pública no Rio de Janeiro, chamam atenção para o fato de que o discurso de humanização do parto encontra-se presente, principalmente, na população com maior nível econômico. Ou seja, dificilmente encontramos esse discurso sendo veiculado por camadas sociais mais baixas.

Devido a este fato, talvez a proposta de humanização do parto acabe por se transformar em um “mercado” potencial, com diferentes utensílios, produtos, aulas, treinamentos, profissionais, etc., onde a extensa rede de serviços é apresentada e oferecida com base em um discurso ancorado em evidências científicas. Deste modo, o discurso de humanização do parto se apresentaria como um produto distinto ao ofertado pelo modelo tecnocrático. Enquanto um se apresenta como uma espécie de “adesão” total à tecnologia, que Manica e Gálvez (2015) chamam de ‘tecnofilia total’, ao permitir que a mulher utilize totalmente a tecnologia a seu favor no parto, como por exemplo, marcando a hora da cesárea e usando a anestesia para suprimir a dor. O outro oferece uma espécie de recusa ao aparato tecnológico e procedimentos médicos, que Manica e Gálvez (2015) chamam de ‘tecnofobia radical’, ao propor uma assistência humanizada, natural, com tecnologias não invasivas e muitas vezes fora do próprio hospital.

O que chama a nossa atenção nessa diferenciação proposta por Manica e Gálvez (2015) é que a adesão ou não à tecnologia na assistência ao parto acaba sendo uma

categoria de análise insuficiente para o que se propõe, uma vez que deixa de fora o uso da tecnologia em outras situações, como no próprio parto humanizado. Cabe ressaltar que a tecnologia, sendo parte integrante da sociedade contemporânea, é muitas vezes necessária em um parto considerado humanizado diante, por exemplo, da emergência de complicações. Não podemos deixar de considerar que a assistência ao parto na contemporaneidade, independente do modelo, e no irreversível ideal traçado desde o nascimento da Clínica (Foucault, 2001), visa sempre evitar a morte ou o sofrimento da criança e da mulher.

Com relação ao uso da tecnologia e da intervenção, algumas teorias, como as ecológicas, as ciências do comportamento e o feminismo essencialista defendem uma espécie de “volta à natureza” (Badinter, 2011). A questão passa a ser não a de dominar a natureza em função das necessidades do homem, mas submeter-se à natureza (Badinter, 2011). No entendimento destas teorias, o homem teria perdido o rumo ao tentar dominar a natureza, através dos avanços científicos, sem dar a devida atenção a ela, portanto, seria necessário um retorno ao passado, ao natural (Badinter, 2011). Estas teorias pretenderiam restabelecer a harmonia entre o homem e a natureza, e acusam a ciência e a técnica como as responsáveis por esse rompimento. São teorias que aparentemente se colocariam na contramão do avanço e do discurso das tecnociências, mas que, como apontamos, também criam técnicas, produtos, bem como definem comportamentos necessários para esse retorno. Será que poderíamos localizar aí o discurso de humanização do parto? Um apelo a uma natureza que falaria por si só?

Nesta perspectiva, o discurso de humanização do parto é sintomático de uma época – anunciada por Castel (1987) quando chama atenção para a emergência do que ele denominou como uma “nova cultura psicológica”. De fato, em *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*, Castel (1987) chama atenção para um efeito de banalização do discurso psicológico através de diferentes teorias sobre o modo de estar no mundo. Desta forma, ganham força os discursos que se voltam para a melhoria da performance humana através das tecnologias de gestão. Proliferam discursos sobre a maximização da vida humana, ganhando destaque as que dizem respeito a uma natureza humana mais potente, melhor (Castel, 1987). No discurso de humanização do parto, vemos que melhorar e oferecer condições de nascimento onde se considere a importância de preservação de todo o potencial humano, são referências centrais. Como Odent (1981) afirma no livro *Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o*

*instinto reencontrado*: “para mudar a vida, é preciso mudar antes o nascimento” – frase amplamente veiculada nos mais diferentes canais de comunicação sobre a humanização do parto.

Odent formula sua tese a partir de dados que sugerem que a forma de nascer tem consequências duradouras por toda a vida. Ele observa o comportamento de outros mamíferos com relação ao parto, estuda a fisiologia do corpo feminino e do parto, para então defender a necessidade de uma assistência pautada pela fisiologia do corpo feminino. Visando, portanto, a transformação na forma de nascer dos seres humanos, fazendo com que os mesmos estejam envolvidos por hormônios responsáveis por reconectar o indivíduo com “sua essência”. A defesa do parto fisiológico é utilizada como uma proposta para prevenir ou evitar a violência existente na assistência ao parto, que o discurso de humanização considera existir devido ao excessivo número de intervenções e à ausência de protagonismo da mulher.

Badinter (2011) chama atenção para o fato de que essa compreensão ecológica da humanidade, que critica a apropriação do corpo pelas técnicas científicas, faz surgir um discurso de valorização da natureza feminina. Ou seja, o descontentamento das mulheres e a produção de pesquisas baseadas em evidências com relação às técnicas empregadas na assistência ao parto hospitalar, fomentou o surgimento de um discurso que valoriza o parto domiciliar e a força da fisiologia da mulher. No parto em casa não há médico, eles não são autorizados a prestar esse serviço, existe a figura da parteira, da obstetrix ou da enfermeira obstétrica, e uma nova interventora: a doula (Badinter, 2011).

A doula não é uma profissional de saúde, são mulheres cujo perfil sobressaem alguns aspectos interessantes como: já terem passado pela experiência da maternidade, terem adquirido conhecimentos sobre a fisiologia do nascimento, da gravidez, do aleitamento, etc. Vale salientar que as doulas não fazem intervenções na assistência ao parto propriamente dito, seu papel é essencialmente material e psicológico, no sentido de dar suporte emocional à mulher (Badinter, 2011). As doulas surgem no contexto do discurso de humanização do parto como mais um profissional a exercer a função de suporte à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Assim, busca-se garantir o princípio que vigorava na antiga assistência ao parto por mulheres: “da transmissão de mulher a mulher, da partilha da experiência e da interatividade no acompanhamento” (Badinter, 2011, p. 51), como descrevemos acima ao nos referirmos ao partejar como tradição feminina.

Badinter (2011) atenta ainda para uma noção de “mãe ecológica” que surge a partir de uma compreensão mais naturalista da maternidade. Ou seja, aquela que emerge a partir da defesa do um parto fisiológico, da amamentação sob pedido, da preocupação com o destino das fraldas descartáveis, da amamentação na primeira hora de vida, do contato pele a pele com o recém-nascido, etc (Badinter, 2011). Essas concepções ganham cada vez mais força com a apropriação da teoria psicológica do apego e da primatologia com o destaque ao instinto materno.

O que Badinter (2011) busca em seu trabalho é refletir sobre a reviravolta que ocorre no feminismo ao surgir uma corrente atual que entende a maternidade como uma experiência crucial da feminilidade, e que esta seria a mola propulsora para a construção de um mundo mais humano e mais justo. Corrente esta que, a nosso ver, também parece ancorar-se na “nova cultura psicológica” destacada por Castel (1987) e que vai de encontro com o discurso de Beauvoir (1949), que entendia a maternidade como apenas um epifenômeno na vida das mulheres, fonte de sua opressão milenar. Ao naturalizar a maternidade recusando aportes da tecnologia, vemos surgir, através do discurso de humanização do parto uma compreensão da mulher enquanto naturalmente reprodutora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho tentamos realizar a difícil tarefa de sermos contemporâneos, nos termos do que Agamben (2009) fala no texto *O que é o contemporâneo e outros ensaios*, ao analisarmos o discurso de humanização do parto no contexto da sociedade tecnocientífica contemporânea. Ou seja, buscamos a todo o momento confrontar nosso próprio tempo, sem necessariamente coincidir perfeitamente com ele, tentando compreendê-lo e apreendê-lo, sem esquecer que somos parte integrante dessa época, mas tentando nos distanciar criticamente dos discursos que predominam na atualidade. Assim, procuramos manter nosso olhar atento e fixo para descrever as controvérsias que encontramos no presente e que se apresentam no discurso de humanização do parto.

Para isso, não tivemos, em momento algum, a pretensão de julgar qual é o melhor modelo de assistência ao parto. Buscamos examinar o discurso de humanização na sociedade contemporânea, analisando seu surgimento, filiação, bem como suas condições de possibilidade. Com este propósito, analisamos a assistência ao parto como uma tradição feminina até o surgimento do discurso de humanização que se apresenta como uma “nova proposta” de assistência, visando diminuir o excesso de intervenções e tecnologias utilizadas no parto. A assistência ao parto foi se modificando junto com as compreensões acerca da mulher e da maternidade, bem como junto com as transformações que ocorreram na sociedade brasileira.

Consideramos importante retomar o que questionamos inicialmente e que encontramos no discurso de humanização do parto presente na pesquisa bibliográfica realizada: o mesmo é um discurso que não escapa ao ordenamento médico, é um discurso que produz técnicas, procedimentos e ordena subjetividades. A análise de Clavreul (1983) nos permite compreender que o discurso humanizador é também um discurso médico-científico. Não há como pensar o discurso de humanização do parto fora da ordem médica.

Os artigos sobre humanização do parto, em sua maioria, apresentam propostas com relação a mudanças práticas na assistência ao parto. São condutas que devem ser adotadas por instituições de ensino, visando mudar a formação dos profissionais; por instituições de saúde, visando adequar o local da assistência e por profissionais de saúde, no intuito de transformar o modo como compreendem a mulher e o parto (Dias & Domingues, 2005; Pereira et al, 2007; Souza, Gaíva & Modes, 2011; Capilé et al, 2011). Veiculam visões de transformação sobre a compreensão da mulher, do parto e do funcionamento do seu corpo.

A pesquisa bibliográfica demonstrou ainda que as políticas de humanização do parto contribuíram para a diminuição da taxa de cesariana e de mortalidade no Brasil. Os autores apontam algumas questões importantes com relação à estrutura hospitalar que precisaria ser reformulada para atender à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto. Também defendem a necessidade de tornar a mulher protagonista deste evento e de respeitar suas escolhas, seu corpo e sua autonomia.

De uma forma geral, os trabalhos analisados destacam a importância da mudança do modelo de atenção para a efetivação da humanização do parto. Apontam ainda dificuldades para a mudança na assistência como, por exemplo: a ausência de conhecimento das mulheres sobre direitos reprodutivos; a aceitação da mulher, sem questionamento, dos procedimentos realizados pela equipe; a relação assimétrica entre a mulher e o profissional de saúde no que diz respeito ao conhecimento sobre o parto e os procedimentos; a ausência de preparo e orientação do acompanhante; a dificuldade da equipe em acolher o acompanhante e incluí-lo no processo parturitivo; a estrutura hospitalar em más condições; a falta de integração entre os diferentes profissionais de saúde, dentre outras (Nagahama & Santiago, 2008).

Contudo, vemos que a maioria dos trabalhos pesquisados acaba se atendo a um conjunto de medidas objetivas que precisam ser implementadas. Assim, as contradições presentes no discurso de humanização do parto apontam para uma questão, e que acreditamos não se esgotar completamente, sobre em que medida a proposta do discurso de humanização do parto rompe de fato com a visão técnica da assistência. Ou seja, a humanização seria de fato uma assistência ao parto para além da técnica?

No que diz respeito à assistência ao parto, vimos que as tecnologias surgiram como possibilidade de facilitar o ato de parir. Algumas tinham como função facilitar o trabalho de quem assistia à mulher durante o parto e outras contribuíam para a diminuição do desconforto sentido pelas mulheres. O discurso de humanização questiona a forma e a frequência com que as tecnologias foram e são utilizadas, baseando-se em estudos realizados pela Medicina Baseada em Evidências que revisaram a necessidade das intervenções utilizadas pelo modelo tecnocrático de assistência ao parto.

A técnica e a tecnologia estão presentes nas mais diversas situações na contemporaneidade. Ao examinarmos o discurso de humanização do parto não podemos deixar de considerar que a tecnologia não pode ser totalmente excluída, não há como prescindir dela. Destacamos aqui que durante a assistência ao parto ela pode até ser



deixada de lado, mas está disponível para ser utilizada em qualquer momento, ou seja, ela continua sendo uma possibilidade de intervenção. Também precisamos levar em consideração o fato de que muitas das mulheres que optam por uma assistência humanizada, e defendem um retorno a uma naturalização do parto e da maternidade, só engravidaram através do uso das novas tecnologias de reprodução. Assim, a humanização do parto se oferece como mais uma alternativa para a mulher que deseja ter filhos e tem a possibilidade de escolher a forma como quer tê-los.

Com o resgate que fizemos na dissertação sobre as diferentes noções acerca do papel da mulher e da maternidade na sociedade, foi possível perceber uma contradição importante com relação à compreensão do papel da mulher no discurso de humanização. Em alguns momentos ela é entendida enquanto indivíduo, ao defenderem o retorno de seu protagonismo, ao conferirem a ela a decisão sobre suas escolhas, sobre seu corpo e sobre seu parto, discurso este que segue a linha dos primórdios do movimento feminista de Simone de Beauvoir. Já em outros momentos, a mulher é entendida a partir de seu papel enquanto reprodutora, ao reafirmarem a importância da maternidade e da reprodução em sua vida, quando defendem um olhar naturalista sobre a gravidez/parto/maternidade enquanto instintual, natural e fisiológica, discurso que parece retornar à uma compreensão sobre a mulher no século XIX.

A ênfase na compreensão da mulher como “reprodutora”, sustentada pela defesa da “naturalidade” do processo de parir, como se vislumbra nos argumentos de oposição ao que se denomina “parto como ato médico”, nos parece que v argumenta aí na contramão das concepções sobre a mulher na contemporaneidade. A mulher vem ganhando cada vez mais espaço e destaque com relação à compreensão enquanto indivíduo de direitos. O discurso hegemônico sobre a mulher contemporânea não se restringe mais ao papel de mãe, diz respeito à uma mulher que quer estar liberta das amarras vistas historicamente como ligadas à uma visão de naturalidade na relação entre mulher e maternidade. A ciência moderna e a tecnociência na contemporaneidade tornaram realidade uma mulher que pode exercer sua autonomia quanto à opção de ter ou não ter filhos. Tais conquistas se dão evidentemente no solo de uma biopolítica contemporânea onde a concepção humana se torna cada vez mais ordenada medicamente e, neste sentido, o ato de parir tornando-se plenamente um ato médico.

Nesse sentido, consideramos que o discurso de humanização do parto ao se apresentar como uma alternativa, como uma “nova proposta” de assistência ao parto para

esta mulher contemporânea, embora se opondo ao parto como ato médico, é medicamente ordenado. Procedendo do discurso científico inaugurado com a ciência moderna, o discurso de humanização é um discurso médico. Ele só é possível no contexto da biopolítica da sociedade tecnocientífica contemporânea.

Buscamos, nesta dissertação, levantar tensões e contradições presentes no discurso de humanização do parto considerando o contexto onde ele surge, ou seja, na sociedade tecnocientífica contemporânea. Entendemos, contudo, que as questões aqui levantadas merecem ser aprofundadas em outros trabalhos dedicados a examinar a complexidade envolvida na proposta de humanização do parto.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Agamben, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009.
- Almeida, N. A. M. (2009). A dor do parto normal: na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste, UnB/UFMG/UFMS). 225p. Disponível em:  
[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9022/1/2009\\_NilzaAlvesMarquesAlmeida.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9022/1/2009_NilzaAlvesMarquesAlmeida.pdf)
- Alzuguir, F. V.; Nucci, M. (2015). Maternidade mamífera? Concepções sobre a natureza e ciência em uma rede social de mães. *Revista Mediações*, Londrina, v. 20, n. 1, p. 217-238. Disponível em:  
[http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf\\_7](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf_7)
- Amaral, M. C. (2008). Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciências, Saúde*, v.15, n.4, p.927-944. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400003)
- Amorim, M. (2004). **O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas Ciências Humanas**. São Paulo: Musa Editora.
- Amorim, M. (2009). Formas de saber na cultura contemporânea. In: Szapiro, A. M. (org.). **Clínica da pós-modernidade, forma de subjetivação, de violência e de dessimbolização**. Rio de Janeiro: Bapera, p. 9-18.
- Arendt, H. (2011). **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva.
- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p. S465-S469. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2>
- Badinter, E. (2011). **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record.
- Bakhtin, M. (Volochinov). (2002). **Marxismo e filosofia da linguagem**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC.
- Beauvoir, S. (1949). **O segundo sexo**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira SA.
- Benevides, R.; Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>

- Bessa, L. F.; Mamede, M. V. (2010). Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto?. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 24, n. 1-3. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5699/4119>
- Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p. 135-149. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002)
- Brenes, A. C.; Lopez-Saez, A.; Nunes, R.; Lobato, C. L.; Gomes, G. (2009). O projeto Passagem, um terreno de atenção médico-legal na humanização do parto. *Revista médica de Minas Gerais*, n. 19, supl. 2, p. 75-80. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1138>
- Busanello, J.; da Costa Kerber, N. P.; Fernandes, G. F. M.; Zacarias, C. C.; Cappellaro, J.; da Silva, M. E. (2011). Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 10, n. 1, p. 169-175. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8533>
- Canezin, C. C. (2004). A mulher e o casamento: da submissão à emancipação. *Revista Jurídica Cesumar*, v. 4, n. 1, p. 143-156. Disponível em: [http://www.professorchristiano.com.br/ArtigosLeis/artigo\\_claudete\\_mulher.pdf](http://www.professorchristiano.com.br/ArtigosLeis/artigo_claudete_mulher.pdf)
- Capilé, C. S.; Azevedo, P. C.; Bittencourt, C. S. S.; Silva, A. S.; Azevedo, A. L. (2011). Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 25, n. 2. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/4963/4468>
- Castel, R. (1983). **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castro, J. C.; Clapis, M. J. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 960-967. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf)
- Chatel, M. M. (1995) **Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Chazan, L. K. (2004). A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. In: XI Encontro Regional de História - Democracia e Conflito. Rio De Janeiro: ANPUH - Associação Nacional de História. Disponível em: [http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=305](http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305)

Clavreul, J. (1983). **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense.

Correa, M. C. D. V. (1997). As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, n. 7, v. 1, p. 69-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n1/04.pdf>

Costa, A. A. A. (2005). O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. *Gênero*, Niterói, v. 5, n. 2, p. 9-35. Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-115122costa.pdf>

Costa, J. F. (1979). **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Del Priore, M. (1995). **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: José Olympio.

Descartes, R. (2001). **O Discurso do Método** (1596 – 1650). Tradução: Maria Ermanita Galvão. Revisão da tradução: Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes.

Dias, M. A. B.; Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2647-2655. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso)

Dias, M. A. B.; Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 699-705. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso)

Diniz, C. S. G. (2001). Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina - USP). Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/34010137\\_Entre\\_a\\_tecnica\\_e\\_os\\_direitos\\_humanos\\_possibilidades\\_e\\_limites\\_da\\_humanizacao\\_da\\_assistencia\\_ao\\_parto](https://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto)

\_\_\_\_\_. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019)

- Dodou, H. D.; Rodrigues, D P.; Guerreiro, E. M.; Guedes, M.V. C.; Lago, P. N.; Mesquita, N. S. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 262-269. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso)
- Dufour, D. R. (2008). **O Divino Mercado: a revolução cultural liberal**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Foucault, M. (1981). O nascimento do hospital. In: **Microfísica do Poder**. Machado, R. (org). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- \_\_\_\_\_. (1999). **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_. (2001). **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado, 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Franklin, J. S.; Bittar, C. M. L. (2015). A humanização do parto. Relatos de puérperas que tiveram parto normal em um hospital privado no município de Franca. *Revista Investigação*, v. 14, n. 2, p. 139-148. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/865>
- Freire, M. M. L. (2008). ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, Sup., p.153-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15s0/08.pdf>
- Freud, S. (1905 [1996]). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p.123-251.
- \_\_\_\_\_. (1925 [1996]). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, p. 143-153.
- \_\_\_\_\_. (1931 [1996]). Sexualidade feminina. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, p. 237-257.
- \_\_\_\_\_. (1933 [1996]). Conferência XXXIII: Feminilidade. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.XXII, p.121-143.

- Furtado, M. A. (2014). O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UFRJ). 210p. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/MariamaFurtadoD2014.pdf>
- Griboski, R. A.; Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto contexto - enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 107-114. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100013&lng=en&nrm=iso)
- Kruno, R. B.; Bonilha, A. L. L. (2004). Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 25, n. 3, p. 396-407. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4533/2463>
- Lacan, J. (1971-1972 [2003]). ...Ou pior. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laqueur, T. (2001). **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Le Breton, D. (2003). **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus.
- Lebrun, J. P. (2004). **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social**. Tradução: Sandra Regina Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lima, J. V.; Siebra, G. O. V. (2006). Ensaio: assistência ao parto/perspectiva de humanização. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 20, n. 1/3, p. 79-82. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3904/2868>
- Longo, C. S. M., Andraus, L. M. S., & Barbosa, M. A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 386-91. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/v12n2a25.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm)
- Lytard, J-F. (2013). **A condição Pós-Moderna**. Tradução: Ricardo Côrrea Barbosa. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Maia, M. B. (2010). **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Manica, D. T.; Gálvez, M. R. (2015). Tecnociência, corpos, gênero e sexualidade. *Mediações*, v. 20, n. 1, p. 11-47. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23251/17014>

- Marque, F. C.; Dias, I. M. V.; Azevedo, L. (2006). A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 439-447. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=en&nrm=iso)
- Martins, A. P. V. (2004). **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Martins, C. P. (2015). Política nacional de humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: Habitar um paradoxo. (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP). Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/132141>
- Martins, C. P.; Luzio, C. A. (2015). A política nacional de humanização - Humanizamus e a produção de inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir no SUS. Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia. *Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?* Universidade Estadual de Maringá, p. 1-13. Disponível em: <http://eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/download/340/297>
- Molina, J. A. (2011). **O que Freud dizia sobre as mulheres**. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Monteiro, M. A. A.; Tavares, T. D. J. L. (2004). A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. *Revista RENE*, v. 5, n. 2, p. 73-78. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4413/1/2004\\_art\\_mamsilva.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4413/1/2004_art_mamsilva.pdf)
- Moreira, K. D. A. P.; Araújo, M. Â. M.; Queiroz, M. V. O.; Jorge, M. S. B.; & Freitas, C. H. A. D. (2006). A humanização no parto: um estudo bibliográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 3, p. 1-12. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/491/112>
- Moreira, K. A. P.; Braga, V. A. B.; Araújo, M. A. M.; Fernandes, A. F. C.; Queiroz, M. V. O.; Marques, J. F. (2009). O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare enfermagem*, v. 14, n. 4. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16389/10869>
- Mott, M. L. (2002). Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. Histórica*, v. 25, p. 197-219, São Paulo. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/download/10588/7878>



- Moura, F. M. J. S. P.; Crizostomo, C. D.; Nery, I. S.; Mendonça, R. C. M.; Araújo, O. L.; Rocha, S. S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 60, n. 4, p. 452-455. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso)
- Moura, C. F. S.; Lopes, G. T.; Santos, T. C. F. (2009). Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.182-1877. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf>
- Nagahama, E. E. I.; Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 651-657. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Nagahama, E. E. I.; Santiago, S. M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1859-1868. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800014&lng=en&nrm=iso)
- Nunes, S. A. (1995). **Figurações freudianas do feminino**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. Série Estudos em Saúde Coletiva 131.
- Odent, M. (1981). **Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado**. São Paulo: TAO Editorial.
- Pasche, D. F. & Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. Florianópolis, v. 1 n. 1, p. 92-100. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>
- Pedro, R. M. L. R. (2009). Tecnologias da vida: os novos sujeitos. In: Szapiro, A. M. (org.). **Clínica da pós-modernidade, forma de subjetivação, de violência e de dessimbolização**. Rio de Janeiro: Bapera, p. 61-78.
- Pereira, A. L. F.; Moura, M. A. V.; Souza, I. E. O.; Tyrrel, M. A. R.; Moreira, M. C. (2007). Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. *Acta paulista de enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 205-215. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200015&lng=en&nrm=iso)

- Pereira, A. L. F.; Moura, M. A. V. (2008). Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. *Revista de enfermagem UERJ*, v. 16, n. 1, p. 119-124. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a19.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2009). Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 2. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/pdf/v10n2a25.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a25.pdf)
- Portella, M.O. (2014). Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento. In: Martins, P.H. et al. **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Editora. Universitária, p. 119-144.
- Pulhez, M. M. (2013). “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, pp. 544-564. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso)
- Rattner, D.; Santos, M. L.; Lessa, H.; Diniz, S. G. (2010). ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Revista Tempus Actas Saude Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 215-228. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>
- Rebello, M. T. M. P.; Rodrigues Neto, J. F. (2012). A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, p. 188-197. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400006&lng=en&nrm=iso)
- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 253-261. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>
- Rohden, F. (2003). A construção da diferença sexual na medicina. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, p. S201-S212. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a02v19s2.pdf>

Rubano, D. R.; Moroz, M. (1996). Alterações da sociedade, efervescência nas ideias: a França do século XVIII. In: Andery, M. A. P. A.; Micheletto, N. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: Espaço e Tempo/EDUC, p. 327-340.

Salem, T. (2007). **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: FGV.

Santos, M. L. (2002). Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC). 271p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83519/189071.pdf?sequence=1>

Santos, R. A.A.; Melo, M. C. P.; Cruz, D. D. (2015). Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. Caderno de Cultura e Ciência, ano IX, v.13, n.2, Universidade Regional do Cariri – URCA. Disponível em: <http://www.periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>

Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, v. 16, p. 137-150. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332001000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100008)

Schwarzer, A. (1985). **Simone de Beauvoir hoje**. Rio de Janeiro: Rocco.

Seibert, S. L.; Barbosa, J. L. S.; Santos, J. M.; Vargens, O. M. C. (2005). Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de enfermagem UERJ*, v. 13, p. 245-251. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>

Souza, C. M.; Ferreira, C. B.; Barbosa, N. R.; Marques, J. F. (2013). Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, v. 5, n. 4, p. 743-754. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767959>

Souza, T. G.; Gaíva, M. A. M.; Modes, P. S. S. A. (2011). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha Enfermagem*, v. 32, n.3, p. 479-486. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso)

Swain, G. (1986). A alma, a mulher, o sexo e o corpo: as metamorfoses de histeria no fim do século XIX. In: Birman, J. & Nicéas, C. A (coord). **O feminino: aproximações**. Rio de Janeiro: Campus.

Szapiro, A. M.; Féres-Carneiro, T. (2002). Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, pp. 179-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a19v15n1.pdf>

Szapiro, A. M. (2009). O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano. In: Szapiro, A. M. (org.). **Clínica da pós-modernidade, forma de subjetivação, de violência e de dessimbolização**. Rio de Janeiro: Bapera, p. 79-92.

\_\_\_\_\_ (2013). Do humano e da técnica: por uma clínica da pós-modernidade. *Revista Polis e Psique*, v. 3, n. 2, p. 4-18. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/44147/28738>

Teixeira, K. C.; Bastos, R. (2009). Humanização do parto. *IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE & III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*, p. 1472-1477. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2809\\_1187.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2809_1187.pdf)

Teixeira, G. G.; Chanes, M. (2003). As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio galba de araujo: ações de mérito, ações premiadas. *Mundo Saúde*, v. 27, n. 2, p. 270-3. Disponível em: [http://bvsm.sau.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)105.pdf](http://bvsm.sau.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)105.pdf)

Testart, J. (1993). **A procriação pela medicina**. Tradução: Ana Rabaça, Lisboa: Instituto Piaget.

\_\_\_\_\_. (1999). **Homens prováveis: da procriação aleatória à reprodução normativa**. Tradução: Nuno Romano. Lisboa: Instituto Piaget.

Théubad, F. (2002). A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, ano 10, 2º semestre, p. 415-427. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200011)

Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 483-492. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>

\_\_\_\_\_. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, p. S419-S427. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800023&script=sci_abstract&tlng=pt)

- \_\_\_\_\_. (2004). Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFSC). 429p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1>
- Vaitsman, J.; Andrade, G. R. B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 599-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
- Vieira, E. M. (2002). **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Wei, C. Y.; Gualda, D. M. R.; Silva, L. C. F. P.; Melleiro, M. M. (2012). A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. *Mundo Saúde*, v. 36, n. 3, p. 468-474. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/9.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/9.pdf)
- Wolff, L. R.; Moura, M. A. V. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n.2, p. 279-285. Disponível em: [http://www.eean.edu.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf](http://www.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf)

## ANEXO I

REVISTAS x ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Acta Paulista de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2
Cadernos de Saúde Pública	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Ciência & saúde coletiva	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Ciência, cuidado e saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Cogitare enferm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Cuidado é fundamental online	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	3
Mundo Saúde	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Online Brazilian Journal of Nursing	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Publicação MS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Rede Nacional Feminista de Saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
REME - Revista Mineira de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Revista Baiana de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	3
Revista Brasileira de Educação Médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1

REVISTAS x ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Revista Brasileira de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Revista Enfermagem UERJ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Revista Estudos Feministas	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Revista Gaúcha de Enfermagem	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Revista Médica de Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Revista Eletrônica de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Revista RENE	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Texto & Contexto - Enfermagem	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Teses e Dissertações	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>37</b>